سلسلة علم نفس الطفل ٦

العلاج النفسي العائلي



العِلَاج النفسي العَائلي

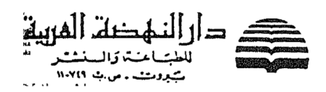


سلسلة علم نفس الطفل ٦

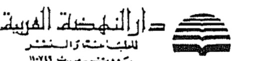
العلاج النفسي العائلي

تأليف

الدكتور محمد أحمد النابلسي



دار النهضة العربية
للطباعة والنشر
بيروت - ص.ب ١١٠٧٤٩



* الإدارة : بيروت ، شارع مدحت باشا ، بناية كريدية ، تلفون : ٣٠٣٨١٦/ ٣٠٩٨٣٠/ ٣١٢٢١٣
برقياً : دانهضة ، ص . ب ٧٤٩-١١
تلكس : NAHDA 40290 LE
29354 LE

* المكتبة : شارع البستاني ، بناية اسكندراني رقم ٣ ، غربي الجامعة العربية ، تلفون : ٣١٦٢٠٢

* المستودع : بئر حسن ، تلفون : ٨٣٣١٨٠

بسم الله الرحمن الرحيم

تمهيد

تعتبر عادات الشخص وردود فعله المؤدية إلى توازن جهازه النفسي بمثابة طريقة خاصة يتفاعل فيها المرء مع العالم الخارجي ومع محيطه العائلي بشكلٍ خاص. وانطلاقاً من هذا الاعتبار كان الاهتمام بالمرحلة الطفولية وبالتربية التي يتلقاها الإنسان في هذه المرحلة. ففرويد، والمحللون من بعده، يعتبر أن منشأ الأعصبة إنما يعود إلى السنوات الأولى من حياة العصابي حتى أن العلاج التحليلي يرتكز على تعويض الثغرات التذكرية في الأحداث الطفولية. وفي مؤلفات يركز فرويد على تأثير العلاقات داخل الأسرة، بخاصة علاقة أم ـ طفل، في الشخصية المستقبلية للطفل والميول العصابية لهذه الشخصية.

ولكن هذا التركيز على مرحلة الطفولة وعلى تأثير العلاقات الأسرية في إحداث المرض النفسي لا ينحصر بفرويد وأتباعه فعديدون هم علماء النفس الذين يقررون هذه المبادىء ويبنون عليها نظرياتهم. ونذكر منهم على سبيل المثال لا الحصر Winnicot ، J. Piaget ، J. Bowlby . . . إلخ.

على أن هذه المدارس النفسية اقتصرت على دراسة تأثير

العائلة في إحداث المرض من خلال دراستها للتاريخ المرضي للمريض نفسه، ومع تعمق الممارسة النفسية وتعمق المعرفة بالنفس الإنسانية رأى الأطباء والمعالجون النفسيون أنهم، وفي كثير من الأحيان، يضطرون إلى مراجعة تاريخ العائلة المرضي ككل وصولاً إلى الأجداد أحياناً. وهذا ما فعله سوندي في دراسته لتعاقب ملاك ـ مجرم في نفس العائلة. حيث لاحظ من خلال دراسته لعائلات المرضى الذين عالجهم وجود القديسين والمجرمين في العائلة ذاتها واعتبر أن السبب في ذلك هو أن لكل عائلة خيارات وراثية معينة تفرض على المتحدرين منها. حتى أن الفرد في هذه العائلة يختلف عن باقي أفرادها من خلال انتقائه لخيار مختلف عن الخيارات التي اختارها باقي أفراد العائلة.

ومع مطلع الستينات كانت النظريات العائلية قد ترسخت بحيث انبثق عنها استراتيجية علاجية جديدة تقتضي مساعدة المريض عن طريق التوجه إلى علاج عائلته وتحسين العلاقات داخل العائلة. وذلك طبعاً بالإضافة إلى علاج المريض ذاته. وهكذا وجب علينا منذ البدء أن نعرف بأن العلاج العائلي هو استراتيجية علاجية تتبعها حالياً غالبية المدارس النفسية المعروفة وليس مدرسة مستقلة بحد ذاتها.

والحقيقة أن دافعنا لكتابة هذا البحث يتعدى مناقشة أحد المواضيع المهمة في التربية وعلم النفس إلى إقناع العائلات بضرورة تحمل مسؤولياتهم أمام المريض وضرورة تجاوبهم

المقدّمة

تحت تعريف العلاج النفسي العائلي تنضوي أعداد من المدارس النفسية ـ العلاجية ذات المنطلقات النظرية المتضاربة. وهذه المدارس وإن اختلفت في تقنياتها ووسائلها العلاجية فهي تتفق فيما بينها من حيث توجهها إلى تحسين العلاقات داخل الأسرة من خلال تعديلها لبعض الأعطال التي قد تدخل على نظام العلاقات في الجهاز الأسري. وهذا التعديل يتم عن طريق تقييم الأخطار الوراثية، التي يتعرض لها أفراد العائلة أو متابعة مراحل تطور العائلة ككل وأفرادها، كل على حدة، بشكل خاص.

ويجب التفريق دوماً بين المقصود بالعلاج النفسي العائلي وبين المقصود بالعلاج السلوكي أو التحليلي أو الإدراكي. فالعلاج العائلي لا يعني طريقة علاجية محددة (كالتحليل، السلوكي... إلخ) بقدر ما هو تعبير لغوي يرمي إلى تحديد الميدان الذي يتركز عليه العلاج، وهو العائلة، والذي يعمل هذا العلاج على تعديله والتدخل لجعله أكثر ملاءمة للأفراد الذين يعيشونه.

هذا ويؤكد J. Haley [1] **«إن العلاج العائلي ليس فقط طريقة علاجية ولكنه، على الأخص، اتجاه عيادي يتضمن اعتماد منطلقات علاجية مختلفة»** .

وإذا كان العلاج الفردي يتوجه للشخص المريض بغية قدرته على التكيف مع محيطه، عن طريق العمل على إدخال تعديلات على بنية المريض الشخصية ووظائفه النفسية، فإن العلاج العائلي يركز الجهود على إدخال التعديلات والتغييرات على النظام العلائقي داخل الأسرة. وذلك بحيث تتحول الأسرة، بالنسبة للمريض، إلى بيئة أكثر صحة وصالحة لأن تكون مثالاً يقتدي به المريض[2] .

وفي سبيل تحديد أوضح لأبعاد العلاج النفسي العائلي وأهدافه نقول بأن هذا العلاج يعتمد على المبادىء العيادية التالية:

١ ـ التوجه للعائلة كوحدة علاجية.

٢ ـ النظر للشخصية الفردية على أنها نتاج للعلاقات داخل العائلة كمجموعة وللعلاقات بين أفرادها. هذه العلاقات الفاعلة في دفع الشخصية الفردية للتطور بشكل سوي أو مرضي.

٣ ـ ممارسة التأثيرات والإيحاءات لتعديل الأنظمة

---

(١) J. Haley; Family therapy, textbook of psychiatrie, Baltimor, P. 1881, 1976.

(٢) E. M. Pattison; Social Systems psychotherapy, Amer. Libna, P. 624, 1980

النفسية ـ الوظيفية داخل العائلة . هذه الأنظمة المستمدة بحد ذاتها من الأنظمة العائلية والاجتماعية السالفة بحيث تكون استمراراً لها (تأثير اللاوعي الجماعي على العلاقات داخل الأسرة) .

٤ ـ ترسيخ نظام نظري ـ طرائقي تنبثق عنه وسائل التشخيص والعلاج التفاعلي (الذي يساهم فيه مختلف أفراد العائلة) للأمراض النفسية . ومن خلال تحديد هذا النظام يمكن التوصل إلى تحديد أنظمة التفاعل الخاطئة المؤدية لنشوء المرض النفسي[١] .

٥ ـ انتقاء الطرق والتقنيات الخاصة القادرة على تعديل الأنماط العلائقية الخاطئة داخل العائلة . وهذه التقنيات تختلف باختلاف المدارس كما سنرى .

٦ ـ إن العلاج العائلي لا يلغي العلاج الفردي للمريض ، وخاصة بفرعه الطبي ـ الدوائي ، ولكنه يأتي لتدعيمه ومساعدته في الحصول على نتائج أفضل .

وبالرغم من النتائج العلاجية الهامة التي استطاع معالجو العائلة تحقيقها في مختلف المجالات إلا أننا نود التركيز على

---

(١) لتوضيح هذه الفكرة نورد المثال التالي : يعتبر الباحثون في هذا المجال أن النظام التفاعلي الخاطىء ، المتمثل في قيام الأم بتجريح رجولة الأب ، هو تفاعل مميز للعائلات التي يعاني أحد أعضائها ، أو أكثر ، من الميول الفصامية .

دور العلاج العائلي في حالة الطفل. فالطفل من خلال شعوره بالضآلة أمام البالغين في عائلته يعجز عن تحقيق أي تغيير في نطاقها. فإذا ما أضفنا إلى ذلك نرجسيته التي تدفعه لاعتبار نفسه كمركز للعالم ولاعتبار نفسه مسؤولاً حتى عن مشاكل البالغين لرأينا أن العلاج الفردي للطفل لا يمكن أن يكون فاعلاً ما لم يترافق بتغيير الأجواء العائلية والتأثير فيها أيجاباً.

ويثبت لنا عجز الطفل وجهازه النفسي من خلال مختلف الدراسات والأبحاث الحديثة. فهنالك الأنا الأعلى واللاوعي الجماعي اللذان يفرضان على الطفل ويطبعان شخصيته دون أن يكون قادراً على مقاومتهما. فإذا ما حاول ذلك لاحقاً ظهرت لديه اضطرابات الشخصية واضطرابات تنظيم الجهاز النفسي بل وربما الأمراض الجسدية كما يقول مارتي. كما تشير الدراسات إلى دور الأم الأساسي في إصابة أطفالها باضطرابات متنوعة مثل السمنة والهزال[1]، القرحة[2]، الربو[3]. . . إلخ.

من هذا المنطلق فإننا نقول بأن دور الأم والعائلة إجمالاً لا يقتصر على مساعدة الطفل في تأمين نواقص تجهيزه الجسدي (غذاء، المحافظة على الصحة. . . إلخ) ولكن عليها أيضاً أن

---

(١) انظر كتاب Les yeux et le ventre, Payot, 1975 - Hill Bruch

(٢) انظر شخصية أم مريض القرحة في كتابنا الأمراض النفسية وعلاجها.

(٣) انظر كتابنا الربو عند الأطفال في هذه السلسلة.

تلعب دوراً نفسانياً لعل أهم وجوهه تأمين نواقص التجهيز النفسي للطفل[1].

وبناءً عليه فإننا رأينا استعراض العلاج العائلي من خلال مناقشة النقاط التالية:

١ ـ الأنماط العائلية الخطرة.
٢ ـ مبادىء العلاج العائلي.
٣ ـ التطبيقات العيادية للعلاج العائلي.
٤ ـ الأنماط العائلية الخطرة.

---

(١) في المرحلة الطفولية يكون الجهاز النفسي الطفولي مفتقداً للأنا الأعلى التي تبدأ بالتمايز في سن (٣ ـ ٥) سنوات ولكنها لا تكتمل إلا لاحقاً.

الفصل الأول

الأنماط العائليّة الخطرة

١ ـ وجود مريض في العائلة .

٢ ـ خلافات الأهل والطلاق .

٣ ـ العائلة المكتظة بالأولاد .

٤ ـ الأم المذوبة .

٥ ـ الأم السيئة .

٦ ـ اضطرابات السلطة الأبوية .

٧ ـ العادات الاجتماعية السيئة .

بالرغم من الحداثة النسبية للعلاج العائلي فقد تمكن من تحقيق أفضل النتائج في ميدان الوقاية النفسية. وذلك عن طريق توصل المعالجين العائليين إلى تحديد عدد من الأنماط العائلية الخطرة. أي المتميزة بأسلوب علائقي خاص من شأنه أن يعرض المنتمين إلى هذه العائلة والعائشين في كنفها للإصابة بالاضطرابات النفسية وذلك بدرجات متفاوتة بين أفراد هذه العائلة. بل إن هؤلاء الباحثون توصلوا إلى تحديد عوامل خطر من شأنها تشجيع ظهور هذه الاضطرابات واستقرارها. لذلك رأينا أن نبدأ كتابنا باستعراض للأنماط العائلية الخطرة التي من شأنها أن تدفع بأفراد هذه العائلات نحو منزلق المرض النفسي. ورغبة منا في توضيح التأثيرات السلبية لهذه الأنماط فإننا لن نكتفي بعرضها ولكننا سنقرن هذا العرض بالحالات العيادية التي تعكس أمثلة واقعية عن تأثير وخطورة هذه الأنماط. وهذه الأمثلة التطبيقية سنعطيها من خلال ممارستنا العيادية وكذلك من خلال المراجع المهمة في هذا المجال. وفيما يلي عرض لأهم الأنماط العائلية الخطرة وهي:

١ ـ وجود مريض في العائلة .
٢ ـ خلافات الأهل والطلاق .
٣ ـ العائلة المكتظة بالأولاد .
٤ ـ الأم المذوبة .
٥ ـ الأم السيئة .
٦ ـ اضطرابات السلطة الأبوية .
٧ ـ العادات الاجتماعيه السيئة .

١ ـ وجود مريض في العائلة

من الثابت علمياً أن وجود السوابق الذهانية أو العصابية في عائلة ما يعتبر عامل خطر يعرض أفراد هذه العائلة للإصابة بهذه الاضطرابات بنسب قد تصل أحياناً إلى الـ ٨٠٪ من المتحدرين من هذه العائلة. والحقيقة أن تعرض أفراد عائلة ما للإصابة بالمرض النفسي (عصابي أو ذهاني) لا تقتصر على عامل الوراثة وإنما تتخطاه إلى نوع من العدوى النفسية الناجمة عن عامل الوراثة وإنما تتخطاه إلى نوع من العدوى النفسية الناجمة عن محاكاة المريض (تقليده في سلوكه وفي طريقة تفكيره) أو ربما التوحد[١] بهذا المريض.

وفي سبيل توضيح تأثير وجود مريض في العائلة على باقي أفرادها فإننا سنعمد لعرض الحالات العيادية التالية:

أ ـ حالة الأخ المعتوه:

تمت معاينة هذه الحالة في إحدى المدارس،

---

(١) التوحد: Identification أو التماهي وهو عملية لا واعية قصرية يضع فيها الشخص نفسه مكان فردٍ آخر. ومن خلال هذه العملية يكتسب الشخص خصائص شخص آخر تربط به روابط انفعالية قوية.

المتخصصة بتعليم المعاقين عقلياً، التي نشرف عليها. والحالة لأخوين كبيرهما في التاسعة والآخر في السابعة من عمره. ومن خلال معاينتي للأخوين توصلت للنتائج العيادية التالية:

١ ـ الأخ الأكبر ولنسمه (ع) يعاني من تشوه خلقي في جمجمته من نوع الـ Plagiocephalie [١] مع نوبات صرعية متكررة يومياً. وقد أظهر التخطيط الدماغي أن الطفل يعاني من صرع أكبر معمم على كافة أنحاء الدماغ. وهذه النوبات كانت تزيد في حدة الآثار العصبية ـ النفسية الناشئة عن التشوه الخلقي. وهذا الطفل لم يتلقى أي نوعٍ من أنواع العلاج إلا قبل سنتين عندما اشترطت المدرسة الحصول على تقرير طبي اختصاصي يحدد حالة الطفل ويشخصها حتى تتمكن من قبوله. وبهذه المناسبة تلقى الطفل علاجاً مؤلفاً من مضاد صرع + مهدىء عظيم. وذلك بشكلٍ متقطع طيلة السنتين الماضيتين.

٢ ـ الأخ الأصغر ولنسمه (غ) يعاني من ذات التشوه الجمجمي ولكن بشكل أخف من (ع) ومن والده نفسه[٢]. كما أثبت التخطيط الدماغي عدم وجود مراكز صرعية في دماغه من

---

(١) Plagiocephalie وهو تشوه خلقي للجمجمة. بحيث تبدو الجمجمة بيضاوية الشكل وغير متوازية كما أن قطرها (الذي يخترقها من الأمام إلى الخلف) يمتاز بميلانه. وهذا النوع من تشوهات الجمجمة كغيره من تشوهاتها ينعكس عادةً باضطرابات سلوكية عقلية منها العناد.

(٢) تظهر على الوالد نفس علائم تشوه الجمجمة الموجودة لدى أبنائه ولكن دون أن تؤثر في تطور قواه الذهنية.

أي نوع كانت. ومع ذلك فقد ملنا لاعتبار نوبات التشنج التي يعانيها بمثابة نوبات كامنة ولكن تخطيط الدماغ الخاص (مع استفزاز ظهور الموجات الصرعية) أكد عدم وجود أية إصابة صرعية وكذلك فحص السكاينر[٣] ومن خلال متابعتنا لهذا المريض تأكد لنا أن نوباته هي من نوع تقليد نوبات أخيه وكذلك فإن تخلفه العقلي ليس عضوياً وإنما ناجم عن توحده بأخيه.

وفي علاج هذا الطفل، الذي لا يزال مستمراً، تواجهنا صعوبات عديدة هي:

أ - رفض الوالد للعلاج بشتى أشكاله. مكتفياً بوضعهما في المدرسة في محاولة للتخلص من الجرح النرجسي الذي يسببباه له. خاصة وأن الأم ألمحت إلى وجود سوابق صرعية في عائلة الأب. كما ألمحت إلى عناد الأب وذلك خلال زيارتها اليتمية التي لم يشأ لها الأب أن تتكرر.

ب - استحالة تطبيق علاج نفسي - عائلي لأسباب عديدة: هي رفض الأب، التزام الأم بالحجاب، كثرة أولاد هذه العائلة، عدم الاقتناع بجدوى العلاج النفسي، الجروح النرجسية لدى كل من الأم والأب والتكاليف المادية للعلاج.

---

(١) Scaner : وهو فحص أشعة حديث يمكنه أن يصدر الدماغ على شكل رقائق بحيث يكشف عن الأورام والتشوهات العميقة في الدماغ. والتي لا يكشف عنها التصوير الشعاعي العادي للجمجمة.

ج ـ ضعف إمكانيات مدرسة المعاقين التي تحتوي هؤلاء الأطفال. فهي مدرسة تعتمد على التبرعات التي باتت متناثرة في أكثر مجال بسبب الحرب. ولعله من المضحك ـ المبكي أن نذكر أن هذه المدرسة لا تحتوي آلة واحدة. وهكذا فهي تعتمد على الجهود البشرية التي تبذلها معلمات هذه المدرسة اللواتي يستمدون خبرتهن بالتجربة وعن طريق الدورات التأهيلية المحدودة الإمكانيات بدورها.

ضرورة عزل الطفل (غ) عن أخيه (ع) بل ضرورة عزل هذا الأخير حتى لا يؤثر بباقي إخوته. وهذا الحل هو الوحيد في الحالة التي لا يتجاوب معها الأهل للعلاج العائلي. الذي يركز جهوده في هذه الحالات على تحصين بقية الإخوة.

أمام هذه الصعوبات كان لا بد لنا من اعتماد خطة علاجية تراعي هذه الأوضاع وقضت خطتنا بعزل الأخوين في صفين مختلفين، ومحاولة إعادة تأهيل (غ) وذلك بضمه إلى مجموعة من الأطفال ذوي المستوى الذهني المتقارب لمستواه. وتشجيع هؤلاء على تنمية قدرتهم على التقليد، وتوظيف هذه القدرة إيجابياً. إذ عمدنا في البداية إلى دفعهم لاستثارة ضحكات بعضهم البعض. ثم العلاج بالرسم، الموسيقى وبالاسترخاء.

وكما هو معروف فإن تحسن مثل هذه الحالات يتم ببطء شديد، ويقتضي متابعة طويلة. لذلك فإننا نكتفي بالقول بأن

هذا الطفل قد حقق تقدماً لا بأس به.

ب ـ الأم الفصامية:

نقل هذه الحادثة على لسان E. James Anthony [1] مدير معهد هاري أديسون للأبحاث في واشنطن. فقد قام هذا البروفسور بمراقبة مريضة بالفصام مع أولادها الثلاثة. وكانت هذه المريضة تعتقد أن عدواً يدس لها السم في الطعام الذي تتناوله في منزلها. الابنة البكر، ذات الـ ١٢ عاماً، كانت تقاسم الأم مخاوفها ولا تأكل في المنزل، الابنة الثانية، ذات الـ ١٠ أعوام، ترفض بدورها الأكل في المنزل، إلا إذا كان والدها حاضراً. أما الولد الثالث، ذو الـ ٧ أعوام، فهو يأكل دائماً في المنزل دون أن يتأثر بموقف أمه وبمخاوفها. وعندما سأل أنتوني هذا الولد عن قدرته على الأكل دون خوف. أجاب الولد «أنا لم أمت لغاية الآن».

وهذه الحالة توضح لنا تأثير وجود أم مريضة عقلياً في العائلة واختلاف هذا التأثير من طفل لآخر[2].

ج ـ الأب ذو الميول المعادية للمجتمع:

وهذه الحالة بدورها منقولة عن Anthony. وهي حالة طفلة في التاسعة من عمرها تم توجيهها للعلاج على اعتبار أنها

(١) Cite de M. Pines: Les enfants incassables, Psy, 112 / 31 / 77.

(٢) للتعمق في هذا الموضوع انظر، في هذه السلسلة، الطب النفسي ودوره في التربية، فصل تربية الأطفال المعرضين لخطر الإصابة بمرض عقلي.

تشكل خطراً على عائلتها. وفي استطلاعه لهذه الحالة يقول أنتوني: الأب محكوم بالسجن لأنه يضرب والدتها وهو مدمن كحول. أما الأم فتعاني من حالة انهيار مزمنة. كما أن هذه الفتاة تعاني تشوهاً في أعلى الفخذ مما يجبرها على العرج بشكل دائم. أما عن مقابلته لها فيقول أنتوني: «لقد صدمتني بلطفها الظاهر. وتعاطيها معي أثناء المقابلة بشكل ودي ودون أن تطرح مشاكل. وهذه المقابلة كانت على عكس توقعاتي حتى أني تكلمت معها بانفتاح لم أعتد أن أعامل به بقية الأطفال. لقد أحسنت هذه الفتاة عرض نفسها. والحقيقة أن عدائيتها التي كانت سبب عرضها للعلاج، لم تكن سوى محاولة دفاع عن الذات ضد المرض الذي يهددها به محيطها. ولا شك أن العنف الملازم لعلاقة الأم بالأب كان له أكبر الأثر في اختيار الطفلة للعدائية كحل تواجه به واقعها.

٢ ـ خلافات الأهل والطلاق

يعطي المجتمع الشرقي، وخاصة عند المسلمين، للسلطة الأبوية صلاحيات تتعدى مثيلاتها في بقية المجتمعات. ولعل الاستخدام والتوظيف الخاطئين لهذه السلطة هما الأسباب المؤدية إلى الحلول السلبية للعقدة الأوديبية[1]. واحتمال لجوء الطفل لهذه الحلول السلبية يزداد بازدياد الخلافات الزوجية ويأخذ ذروته عندما يمارس الرجل الشرقي جبروت الطلاق. ولنتتبع معاً الآثار السلبية التي يمكن لخلافات الأهل أن ترسخها في نفس الطفل وأن تتسبب في اختلال توازنه النفسي والجسدي.

فمن المعروف أن تنظيم الجهاز النفسي ونشوء عناصره إنما يتم في فترة الطفولة الأولى. وبمعنى آخر فإن هذه المرحلة هي مرحلة انبناء الشخصية. فإذا ما تعرض الطفل لهزات ورضات عاطفية في طفولته انعكس ذلك بخللٍ في شخصيته المستقبلية.

---

(١) أي أن يتماهى الولد بأمه، ويلعب دورها أمام الأب عوضاً عن الحل الإيجابي بالرغبة بالحلول مكان الأب.

ونحن إذ نناقش موضوع الخلافات الزوجية من حيث تأثيرها على الطفل فإن من واجبنا أن نحترم استقلالية الطفل ونتفهم نظرته لهذه الخلافات. فالطفل في مرحلة أولية يخشى هجر أمه له مما يجعله يحس بالخوف من فقدان الأمان العاطفي. وفي مرحلة لاحقة تنفجر نرجسية الطفل فيعتبر أنه محور العالم وعلى الأخص اهتمام أهله. والطفل يصاب بجرح نرجسي مؤثر إذا ما أثبتت له خلافات الأهل انعدام أهميته. ثم تأتي مرحلة بداية تكون الأنا الأعلى، أي الضمير الأخلاقي، حيث يبدأ الطفل بالتفريق بين ما هو سيء، ومزعج للأهل، أو بين ما هو جيد ومصدر سرور لهم. وطفل هذه المرحلة هو الأكثر تأثراً وعذاباً من خلافات الأهل. إذ أنه، وبسبب نرجسيته، يعتبر نفسه مسؤولاً مباشرة عن خلافات الأهل وسبباً لها. فهو يعتقد أن هذه الخلافات إنمانجمت عن حماقاته التي قام بها (كسر إناء الزهور، أفرغ زجاجة العطر في المغسلة. . . إلخ). وطفل هذه المرحلة يعتقد وبكل إيمان بأنه لو لم يقم بحماقاته لما كان لدى والديه أسباباً للخلاف! وهذه المسؤولية تعرض الطفل لمشاعر الذنب في مرحلة مبكرة مما يهدد توازنه النفسي. وهذا التهديد يزداد بموازاة خلافات الأهل وحدتها.

أما عندما تتطور هذه الخلافات لتصل إلى حد الطلاق فإن وضع الطفل النفسي يأخذ طابعاً مأساوياً وبخاصة عندما يكون الطفل في نهاية المرحلة الأوديبية (خمسة إلى ستة

سنوات). فطفل هذه المرحلة يكون قد اقتنع بحل الصراع الأوديبي لصالح والده، ليس استسلاماً ولكن إدراكاً لإمكانياته في تحقيق ذاته في مجالات أخرى، وفجأة يختفي الأب وينسحب من المنزل، بسبب الطلاق ينسحب الأب من منافسة الطفل على الأم، وهكذا يجد الطفل نفسه أمام انتصار صعب الوطأة. فهو يدرك أنه عاجز عن الحلول مكان الأب بالنسبة للأم كما أنه يحس مشاعر الذنب، لكونه يعتقد أنه ساهم في خلافهما، وعليه فإن الطفل يتحسر لأنه لم يخسر في الصراع الأوديبي وهو يتمنى لو يعود والده إلى أمه ويخلصه من وطأة هذه المشاعر وهذه المسؤولية.

مما تقدم نستنتج أن خلافات الأهل تتسبب مباشرة في إحداث خلل التوازن في شخصية الطفل وذلك عن طريق تسببها بإحداث الاضطرابات النرجسية، توتر نمو عناصر الشخصية وخاصة الأنا الأعلى (الضمير الأخلاقي)، تشجيع الحلول السلبية الصراع الأوديبي وتهديد الأمان العاطفي الضروري لنمو شخصية الطفل وتطور ذكائه.

٣ ـ العائلة المكتظة بالأولاد

وهذه الحالة تكاد تكون عامة في مجتمعنا العربي. ولهذه الظاهرة جذورها الأتنية[١] العميقة في مجتمعنا. فمن ناحية هنالك النظرة القبلية[٢] ومن ناحية أخرى هنالك بعض العادات الاجتماعية العاجزة عن مجاراة روح العصر. وأخيراً فإن هنالك ظروفاً مادية قاسية في بعض البلدان العربية بحيث تضطر فروع العائلة للبقاء في مسكنها الذي يكتظ بزوجات الأبناء وبأولادهم.

عن هذه العوامل تنشأ أوضاع اجتماعية، مادية ونفسية تنعكس على الأطفال بحيث يؤدي تضافرها إلى تعريض الطفل للإصابة بالمرض النفسي. ولنستعرض هذه الأوضاع على مختلف الصعد:

١ ـ انخفاض القدرة الشرائية للعائلة مع ازدياد عدد

---

(١) الأتنية Ethnologique : أو أصلية وهنا بمعنى القيم والتقاليد الخاصة بالمجتمع العربي.

(٢) تتلخص النظرة القبلية بأهمية زيادة عدد أفرادها. فهذه الزيادة تدعم قوة القبيلة وأهميتها.



كلما ازداد عدد الأولاد في العائلة كلما صعب على الأهل رعايتهم مادياً وعاطفياً وكلما ازدادت احتمالات تعرض الأولاد للاضطراب العاطفي - النفسي والأهل للإرهاق .

الأبناء. وهذا الانخفاض يجبر العائلة على اعتماد التقشف الذي يصل أحياناً إلى حد حرمان الأبناء من التعليم.

٢ - إن إشراف الأم على عائلة كبيرة العدد يؤدي لانهماكها جسدياً ونفسياً. وبهذا تجد هذه الأم نفسها مجبرة لتأدية الأعمال والوظائف الملحة وذلك على حساب بقية واجباتها ووظائفها الأقل أهمية. وبمعنى آخر فإن ضغوطات الوقت والإرهاق من شأنها أن تجبر الأم على إهمال نواحٍ عديدة في تربية أطفالها.

٣ - تحتاج العلاقة الزوجية إلى بعض الشحنات العاطفية والأجواء الرومانسية التي لا يمكن تأمينها في جو منزل مكتظ بالأولاد. مما يعجل في دبيب الملل إلى مخدع الزوجية وهذا ما يشجع ظهور الخلافات الزوجية التي ناقشنا انعكاسها على الأطفال في الفقرة السابقة.

٤ - يلاحظ في العائلات الكبيرة تناقضات كبيرة في شخصية أفرادها وسلوكهم مما يهدد وحدة وتماسك هذه العائلات. وهنا لا يسعنا إلا الإشادة بذكاء أجدادنا الذين عمدوا إلى سد هذه الثغرات بذكاء نادر. فالسلطة تنتقل من الأب للأخ الأكبر، لأن الأطفال الصغار في العائلة الكبيرة لا يدركون والدهم إلا في شيخوخته بل وربما يموت الوالد وهم بعد أطفالاً، وغيرها من الحلول التي اقترحها أسلافنا والتي استطاعت أن تحافظ على تماسك العائلة العربية. ولكن

ظروف المجتمع الحديث تخطت هذه الحلول وأصبحت بحاجة لحلول جذرية أكثر حداثة ربما كان تحديد النسل أقلها خطراً وآثاراً سلبية.

٥ ـ اضطرار الأم للاعتماد على أولادها الأكبر سناً، خاصة البنات، لرعاية إخوتهم الصغار حتى تتفرغ الأم للقيام بباقي أعباء المنزل والأسرة. وبهذا فإننا نصادف في هذه العائلات مثلاً طفلة في السادسة ترعى رضيعاً وأخرى في السابعة تدرس شقيقاً في الخامسة. من المؤثر أكثر عندما يأتي الفقر ليضاف إلى مشاكل الأسرة بحيث تضطر لدفع أولادها إلى العمل الجسدي، الشاق أحياناً، وهم في السابعة من عمرهم، وقد أثارت منظمة الأونيسكو هذه المشكلة، مشكلة الأطفال العاملين، وناقشتها دون أن تنجح في حلها لغاية الآن.

٤ ـ الأم المذوبة

في مقالته «النظريات الجنسية الطفلية» يشير فرويد إلى رغبة البنت بامتلاك قضيب. وعن هذه الرغبة تنشأ شهوة حيازة الطفل (رمز للقضيب) في بطنها وشهوة الاستمتاع بالعضو الذكري خلال الجماع. وقد تتعرض شهوة القضيب عند المرأة إلى انحرافات أو تساميات عديدة[١].

ويهمنا في هذا المجال أن نعرض الأم المذوبة. تلك الأم التي لا تتقبل فكرة انقطاع الحبل المشيمي الذي كان يربط بينها وبين طفلها أثناء الحمل. فهذه الأم تتصرف وكأن هذا الحبل لا يزال موجوداً. وبمعنى آخر فإنها تصر على تخيل طفلها وكأنه قضيبها. فعندما كان هذا الطفل في بطنها كان يسد لها فراغاً رهيباً في بطنها وكان يرضي لها الشهوة للقضيب. وفي الأوضاع المميزة بالخلافات الزوجية وفتور العلاقات الجنسية فإن هذا الحمل يكون في حد ذاته وضعية أوديبية[٢] شديدة الإثارة من الناحية الجنسية. وتأتي الولادة بعد ذلك لتحرم الأم من هذه الكفاية الجنسية. مما يدفع الأم إلى عدم الاعتراف

(١) انظر كتابنا العقم وعلاجه النفسي، في سلسلة الأمراض النفسية ـ الجسدية.

(٢) رغبة الفتاة بإنجاب ولد من أبيها. (انظر المرجع السابق).

بعودة الفراغ لبطنها فتلجأ إلى تخيل طفلها على أنها قطعة منها (قضيب) . من هذا المنطلق نلاحظ أن الأم المذوبة مصرة على إلغاء دور الأب أو على الأقل نكران هذا الدور بحيث تتيح لنفسها الملكية المطلقة لطفلها وتعرضه متباهية أو تخفيه عن الأعين خوفاً من الحسد (في الواقع خجلاً من اكتشاف رغبتها القضيبية) أو قد تتباهى به حيناً وتخفيه حيناً آخر تبعاً للمواقف. وفي كلتا الحالتين فإن هذه الأم تفرض على طفلها سلوكاً معيناً يتلخص بضرورة اتخاذه للمواقف والأحاسيس والرغبات المتطابقة مع مواقفها، أحاسيسها ورغباتها. وهي بهذا تحاول أن تدفع الطفل إلى حالة من الذوبانية المطلقة فيها.

وتبعاً لانحراف شهوة القضيب عن هذه الأم فإنها تدفع بطفلها إلى عددٍ من المآزق والأمراض النفسية التي يصعب حصرها ومنها: الشذوذ[1]، اضطراب الشهية المرضي[2]، ارتكاب المحارم[3]، إدمان المخدرات[4] ولكن أيضاً

(١) إن رغبة امتلاك القضيب بدلاً من البظر واستمرار هذه الرغبة بعد المرحلة الأوديبية قد تدفع هذه المرأة نحو التصرفات الرجولية وممارسة الشذوذ الذي يمكن أن تنقله لابنها بأشكال متعددة.

(٢) يتجلى هذا الاضطراب بالسمنة أو الهزال وقد خصصنا لكل منهما كتاباً في سلسلة الأمراض النفسية الجسدية.

(٣) ارتكاب المحارم النابع في هذه الحالة من التقاء العقدة الذوبانية عند الطفل وعقدة جوكاست عند الأم.

(٤) للتعمق في هذا الموضوع راجع: Le toxicoman et sa famille, ed. universitaires, Paris

الذهانات على أنواعها[١] وكذلك بعض الأمراض الجسدية كالقرحة أو السمنة مثلاً[٢].

والحقيقة أن المرأة المذوبة تلجأ لوسائل شتى وصولاً لتذويب طفلها. فإذا كان الأب قوي الشخصية فهي تتيح له ممارسة سلطته عليها وعلى طفلها ولكن بشكل ظاهري فقط. إذ أنها تعمد إلى تسلم زمام القيادة ضمناً حتى ولو اضطرت إلى تذويب الزوج والطفل معاً. ويضيق بنا المجال هنا عن شرح تفاصيل ممارسة العقدة التذويبية ولكننا نكتفي بالقول بأن هذه الأم بحاجة للتدخل العلاجي والطفل بحاجة للتحرير من العقدة الذوبانية المفروضة عليه.

---

(١) انظر: Hill Bruch, les yeux et le ventre, ed. Payot, Paris 1975.

(٢) انظر كتابنا الأمراض النفسية وعلاجها، منشورات المركز، الطبعة الثانية ١٩٨٧.

٥ ـ الأم السيئة

إن تعبير الأم السيئة ليس بالدخيل على العلوم النفسية ـ الاجتماعية وعلى العلوم الإنسانية عامة. فمنذ القدم حددت الشرائع والأديان صفات الأم السيئة وناقشت المواضيع المتفرعة عنها كمثل حق هذه الأم في حضانة أطفالها. ومع تطور المفاهيم الإنسانية فقد اكتسب تعبير الأم السيئة أبعاداً جديدة تختلف باختلاف عوامل عديدة ربما كان العامل الاجتماعي ـ البيئي أهمها. ونحن إذ نتصدى لمناقشة هذا الموضوع فإننا سنتصدى له من المنظور الشرقي ـ العربي. ومن هذا المنطلق نقول بأن الأم التي تتحدى الأعراف الاجتماعية في مجتمع يتحمل تحديات المرأة بصعوبة هي دون شك أم سيئة لأنها تخلق صراعاً في نفس طفلها الخاضع للاوعي الجماعي وبالتالي لضغوطات الأعراف والتقاليد. ومن المهم التذكير في هذا المجال بالشروط الشرعية التي تنزع حق الحضانة من الأم في أحوالٍ معينة.

ولكن أمثلة الأمهات السيئات هي أكثر من أن تحصر في هذا الإطار. لذلك سنكتفي بالاستعراض السريع لهذه الأمثلة ونبدأ بـ:

١ ـ الأم الجوكاستية: أي تلك التي تمارس المحارم مع ابنها أو ابنتها مما يؤدي إلى انحراف الطفل والتأثير على توازنه النفسي المستقبلي.

٢ ـ الأم والطفل الوهمي: تشير الأبحاث إلى أن الحوامل لا يحلمن بالجنين وإنما يحلمن بالطفل بعد ولادته. وهذه الأحلام تعكس هوامات الأم التي تدفع بها إلى تخيل صورة محددة عن الطفل الذي تود إنجابه. وبعد الولادة يأتي الطفل الواقعي مخالفاً للطفل الوهمي الذي رسمته الأم في خيالها. وكثيراً ما تقسو الأمهات على الطفل الواقعي ريثما تتخلص من الطفل الوهمي. ولكن يحدث أحياناً أن تفشل الأم في التخلص من الطفل الوهمي وتستمر في رفضها لطفلها بحيث تعرضه لعصاب الهجر، الشعور بفقدان الأمان وغياب الشحنات النرجسية الأمومية مما يسبب خللاً أكيداً في توازنه النفسي. ومن الأوضاع التي تشجع هذا الموقف السلبي للأم نذكر: اضطرابات ما بعد الولادة التي تصيب الأم وكذلك ولادة طفل مشوه أو طفل يتسبب في إحداث الجروح النرجسية لأمه.

٣ ـ الأم المنحرفة: في هذا المجال نعرض لحالة هزت المجتمع الأوروبي منذ سنوات إذ اكتشف رجال الشرطة أن أماً تقوم بتعذيب أطفالها بطريقة وحشية. (إطفاء السجائر على أيديهم، ضربهم ضرباً مبرحاً... إلخ) وأثبت التحقيق أنها كانت تشعر بكفاية جنسية من خلال ذلك!.

وتطول القائمة لو أردنا تعداد الحالات والممارسات

الفردية لذلك فإننا نكتفي بهذه الأمثلة مستخلصين النتيجة التالية : إن غريزة الأمومة كغيرها من الغرائز عرضة للاضطراب والانحراف بحيث توجب أحياناً التدخل لعلاجها ولتجنيب الطفل لآثارها السلبية .



الصورة الهوامية للأم . وهذه الصورة هي بمثابة تصور واعي ولكنه يمكن أن يتجلى بمشاعر وخيالات . وهذه الصورة الهوامية لا تتطابق دوماً مع الواقع . فالطفل قد يحمل صورة هوامية لأمه أو لأبيه بعيدة عن الواقع . والإشكالية في علاقة الطفل بأمه قد تؤدي إلى تشويه صورتها الهوامية عنده ولكن بدرجات متفاوتة .

٦ ـ اضطرابات السلطة الأبوية

مع بداية إدراكه لمفهوم الزمان يبدأ الطفل (٣ ـ ٥ سنوات) بإدراك الفوارق بينه وبين أبيه. فيدرك في البداية قوة الأب (من هنا ينبع التهديد بالخصاء)[١] ثم يدرك تدريجياً عوامل هذه القوة ومظاهرها. حتى يصل الطفل وفي سن معدله ستة سنوات للتراجع عن الصراع الأوديبي لصالح الأب وباحثاً لنفسه عن أماكن يوظف فيها طاقاته الليبيدية[٢]. وكنا قد عرضنا لدور الأب في تحديد ملامح الصراع الأوديبي وفي حله أثناء كلامنا عن الخلافات الزوجية.

مما تقدم نستطيع أن نفهم أبعاد الدور الذي تلعبه السلطة الأبوية في تحديد علائم الشخصية المستقبلية للطفل. وأهمية هذا الدور تصل إلى حد يمكننا من رد اضطرابات الأطفال، في معظمها إلى اضطرابات السلطة الأبوية. والحقيقة أن لهذه الاضطرابات جذورها في اضطرابات شخصية الأب وبنيتها

---

(١) التهديد بالخصاء: هو خوف الطفل من فقدان عضوه الذكري إذا علم أبوه بتفكيره الجنسي بأمه.

(٢) ومن بين هذه التوظيفات التماهي بالأب، محاكاته وتقليده.



إن وجود الأب إلى جانب الطفل وممارسته للسلطة الأبوية هو من أهم العوامل التي تساعد الطفل على اجتياز مراحل طفولته بثقة وعلى حل أزماته النفسية حلولاً موفقة .

الفردية. لذلك فإنه ومن الصعوبة بمكان التوصل إلى تحديد هذه الاضطرابات خاصة وأنها مرتبطة أيضاً، وبطريقة مباشرة، بشخصية الأم وبموقفها من كل من الطفل والأب. وفيما يلي سنحاول أن نعرض لأشكال اضطراب السلطة الأبوية ونبدأ بـ:

١ ـ **الأب المشاكس**: نحن لا ننفي وجود الأم المشاكسة. إلا أن الأم، وبسبب قربها من أطفالها، تنجح عادةً في إلصاق صفة المشاكسة بالأب متخذة لنفسها وضعية مازوشية. وتأثير هذه الأوضاع على الطفل هو نفس تأثير الخلافات الزوجية إجمالاً والتي ناقشناها في فقرة سابقة.

٢ ـ **الأب اللامبالي**: إن لامبالاة الأب تعكس عادةً شعوره بالعجز عن تحمل مسؤولياته العائلية. والأطفال يدركون هذا الشعور بسهولة. فيلجأوا لتجميد سلطة الأب عن طريق التركيز على الأم في طلبهم لكل ما يحتاجون إليه. وهذا التغييب الإرادي للأب من قبل الأطفال يوازيه زيادة تسلط الأم. مما يشجع الأطفال على تخطي سلطة الأب. وهو يؤثر خاصة في الأطفال الذكور الذين يتماهون بالأب ليكتشفوا بسرعة أنه لا يشجعهم على ذلك ولا يحاول مجرد الاتصال بهم فيضطر هؤلاء الأولاد للبحث باكراً عن بديل للأب. وكثيراً ما يتمنى الطفل في هذه الحالات إحلال بديل الأب مكان الأب نفسه في علاقاته مع الأم.

٣ ـ **الأب السيء**: إن الأب السيء ليس بالظاهرة

النادرة. فالآباء السيئون كثر. منهم مدمن الكحول أو المخدرات، المقامر، الاتكالي، القاسي ومنهم من لديه ميول معادية للمجتمع قد تصل حد الإجرام. ومن الطبيعي أن يؤثر مثل هذا الأب سلباً في تربية أطفاله، مفاهيمهم ومثلهم العليا. والحقيقة أن هذا الموضوع أوسع كثيراً من أن نتناوله في مثل هذا الكتاب. لذلك فإننا نكتفي بالقول أن علاج مثل هذا الأب هو ضرورة ملحة لإنقاذ العائلة وأطفالها على وجه الخصوص. وفي بعض هذه الحالات فإن العلاج قد يفرض تغييب الأب عن المنزل.

٤ ـ **الأب العظامي**: تركز الأتنولوجيات الشرقية على مركزية دور الرجل في العائلة وفي المجتمع. فمن بوذا الإله الذكر الأوحد إلى آدم الذي خلقت حواء من ضلعه وغيرها. وبهذا نستطيع القول بأن مجتمعنا يعطي للرجل وضعية عظامية ينصره دائماً على المرأة. والحقيقة أن الرجل الشرقي كثيراً ما ينوء بانتصاراته أمام المرأة. وعلى أية حال فإن هذه الوضعية العظامية للرجل الشرقي لها خصائص عدة أهمها الغيرة المبالغة والشك. وكثيراً ما يتعدى العظام حدوده المقبولة وصولاً إلى شك الرجل بأن هذا الطفل يمكن أن يكون وليد خيانة امرأته له. وبالرغم من القرائن التي تثبت العكس كما تثبت براءة المرأة. فإن عدداً من الرجال العظاميين يعيشون هذا الوهم. وهذا ما يفسر تصرفهم مع أطفالهم بطريقة شاذة وغير مألوفة.

٥ ـ **الأب الميت**: إن مشكلة اليتم هي أحد أشد

المشاكل وطأة في حياة الطفل. وهذه المعاناة تخلف أثرها ليس فقط في شخصية الطفل المستقبلية ولكنها تمتد لتؤثر على أولاده أيضاً. لذلك رأينا أن نتوسع في مناقشة موضوع اليتم والتعمق به[1]. وبما أن اليتم هو احتمال وارد في أي مرحلة من مراحل الطفولة فإننا سنستعرض وقعه على الطفل في مختلف مراحل طفولته.

بعد النرجسية الأولية اللاامتمايزة (حيث تلعب الأم دور فائقة القوة وحين لا يكون الطفل بحاجة للأب لأنه يكتفي بالرعاية الأمومية) تأتي مرحلة النرجسية الطفلية التي يشبهها فرويد بهذيان عظمة حقيقي (يتجلى باعتبار الطفل نفسه مركزاً للعالم) لا يخرجه منها سوى الانتقادات الموجهة له مما يضطر الطفل إلى اتخاذ مثال أعلى يصعب عليه حبه (توظيف نرجسي) ويعمد الطفل إلى مقارنة نفسه بهذا المثل الأعلى. ومن هذه الناحية فإن المثل الأعلى يتطابق مع الأنا الأعلى الوالدية. إذ أنه من الطبيعي أن يتخذ الطفل (الذكر) من والده مثالاً أعلى. وموقف الطفل من الأب لا يقتصرعلى التقليد وبالتالي على مبدأ: عليَّ أن أفعل كذا (مثل والدي). بل هو موقف غني بالمفارقات فهنالك المواضع التي يقول فيها الطفل: لا يحق لي أن أفعل كذا (حتى ولو كان والدي يفعله).

(١) إذا كان بإمكان العلاج العائلي أن يقنع الأب بالتحكم بالتصرفات المؤثرة على أطفاله. أو أن يخفيها عنهم فإن اليتم هو غياب عاطفي ووجداني لا يمكن إخفاؤه عن الطفل لأنه يحسه ويعيشه مقارنا ببقية الأطفال.

وفي كتابه محاضرات جديدة في التحليل النفسي يقول فرويد بأن موقف الطفل من المثل الأعلى لا يطغى عليه الشعور بالذنب بقدر ما يطغى عليه شعور الطفل بالدونية أمام المثل الأعلى المحبوب .

وفي وضع اليتم يكون الطفل قد حُرم من مثله الأعلى الطبيعي (أي الأب) الذي لا يسبب له الجروح النرجسية بسبب علاقاته مع الأم لأن الطفل ومع أفول الأوديبية يستطيع تحمل هذه الفكرة بسهولة في حين يصعب عليه أن يقوم مقام الأب (أعباء انتصار الطفل في الصراع الأوديبي والتي لا يقوى على تحملها) ويصعب عليه أكثر أن يقوم شخص آخر مكان الأب . وإذا ما حدث ذلك أو توقع الطفل حدوثه فإنه يكون عرضة لعصاب الهجر[١] .

وموضوع اليتم يقودنا للحديث عن امتزاج الوالدين[٢] وهذا التعبير الذي تستعمله ميلاني كلاين للدلالة على نظرية جنسية طفلية تظهر في هوامات الأطفال بأشكال متنوعة تمثل الوالدين وكأنهما في علاقة جنسية لا تنقطع فتحتوي الأم عضو

---

(١) عصاب الهجر: ويعود هذا العصاب إلى المرحلة ما قبل الأوديبية وهو يعكس حاجة الطفل إلى الطمأنينة وخوفه وقلقه من هجر أمه له . وتتضمن اللائحة العيادية لهذا العصاب : العدائية ، الدونية ، الانهيار ، القلق والمازوشية .

(٢) معجم مصطلحات التحليل النفسي ، د . مصطفى حجازي ، ص ٥٨٣ ، دار الطليعة ، ١٩٨٥ .

الأب الذكري أو الأب بأكمله. وهذه الهوامات هي مصدر قلق بالغ لدى الطفل وهي من القدم بحيث يصعب تحديدها. أما في حالات الطفل اليتيم فإننا نجد هذه الهوامات أكثر وضوحاً وأكثر تسبباً للقلق.

وفي نهاية حديثنا عن اليتم نقول بأنه من الصعب على الطفل إيجاد بديل لمثل أعلى مفقود (هو الأب) بعد أن صبت عليه نرجسية الطفل ومحبته وشعوره بالدرنية أمامه. وهذه الصعوبة تدفع بالطفل(خاصة الطفل الكبير) إلى وضعية مازوشية يحاول خلالها متابعة تماهية بأبيه الميت. وعن هذه الوضعية تنشأ أمراض واضطرابات نفسية عديدة. ولا يمكننا أن نهمل في هذا المجال صعوبات الأرملة الأم التي تجد نفسها فجأة بحاجة لاستدخال صورة الزوج في ذاتها، وللعب دور الأم والأب معاً إضافة لمعاناتها لفقدان زوجها.

٦ - **الأب الغائب**: إن غياب الأب عن المنزل يخلف آثاراً متداخلة من مجمل الأوضاع التي ذكرناها أعلاه. فهذا الغياب يترك آثار الطلاق ويربك الصراع الأوديبي. كما أن آثاره تتشابه وتتداخل مع آثار الأب اللامبالي والسيء... إلخ. والحقيقة أن الضرر الأساسي لغياب الأب إنما ينبع من غياب السلطة التي يمثلها ومن تردد الأطفال وعجزهم عن إقامة اتصال فاعل معه. وقد يتردد الطفل في هذه الأحوال في اتخاذ موقف من الأب حتى تتراوح مواقفه بين اعتباره: بأنه سيأتي يوماً

ليحقق لي كل أمنياتي. لا مبالياً لا يمكنني الاعتماد عليه. سيئاً لا يهتم إلا لنفسه وبأهوائه... إلخ. ومما لا شك به أن الأم تلعب الدور الأكبر في توجيه دفة أحكام الأطفال على أبيهم.

وفي النهاية لا بد لنا من التنويه بأن تماهي الطفل بأبيه، ورغبته في تقليده، تدفعان الطفل لتبني العادات السيئة الموجودة عند الأب والطموح لتحقيقها في أقرب فرصة ممكنة وذلك تعويضاً للشعور بالدونية الذي يحسه الطفل أمام أبيه. ولذلك نلاحظ بأن أولاد المدمنين ينشأون هم أيضاً مدمنين... إلخ.

٧ ـ العادات الاجتماعية السيئة

تؤثر هذه العادات على التوازن النفسي لجميع أفراد العائلة. وهذه العادات تتناول مختلف مناحي الحياة العائلية. ويمكننا تقسيم العادات السيئة إلى: صحية، تربوية، وعاطفية.

١ ـ العادات الصحية السيئة:

إن غياب الثقافة الصحية عند الأهل ينعكس في اتباعهم لسلوك حياتي لا تراعى فيه القواعد الصحية. وهذا الإهمال الصحي يصل أحياناً إلى حد تهديد حياة وصحة أفراد العائلة بل وربما جميع أفرادها. وفي تعدادنا لمظاهر الجهل الصحي نبدأ بـ:

أ ـ اللقاحات: يبدو الأهل وكأنهم يتجنبون تلقيح أنفسهم وأطفالهم. ولي بعض المشاهدات المؤثرة في هذا المجال:

١ ـ أحدهم أراد تطليق امرأته لأنها لقحت الطفل وأوجعته بالإبر.

٢ ـ أحدهم يريد أن يحصل على تقرير طبي يفيد أنه لقح أولاده الثلاثة دون أن يكون قد لقحهم فعلاً. علماً أن اللقاح كان مجانياً.

٣ ـ في إحدى حملات التلقيح ضد السل كانت عائلات بأكملها تهرب كي تتجنب التلقيح!

ب ـ **الطب الشعبي**: بالرغم من عدم تأمين الطبابة للجميع إلا أن الفرد في مجتمعنا لا يعدم الوسائل للحصول على الرعاية «مستشفيات ومستوصفات مجانية» ضمان اجتماعي، مساعدات، هبات... إلخ). وبالرغم من ذلك فإن أعداداً كبيرة لا تزال تتوجه للقابلات غير القانونيات للإشراف على عمليات الحمل والولادة مع ما في ذلك من أخطار على الحامل ووليدها على الصعيدين النفسي والجسدي. كما يلجأون للسحرة كي يخرجون الشياطين من مريض الأعصاب وكي يحصرون الجنية في قنينة بالنسبة لمريض الانفصام الذي يسمونه بالشقيقة نسبة إلى الجنية وتطول القائمة...

ج ـ **فضيحة المرض**: لا تزال معظم عائلاتنا تصنف بعض الأمراض على أنها فضائح فتلجأ لإخفاء المرض وأحياناً إخفاء المريض نفسه عوضاً عن التوجه به للعلاج. وفي طليعة الأمراض ـ الفضائح تأتي الأمراض النفسية على أنواعها ثم الصرع فالأمراض التناسلية فالأمراض المعدية وأحياناً الأمراض الجسدية المألوفة فعلى سبيل المثال تخفي إحدى

العائلات إصابة ابنتها بتضيق الصمام الميترالي، الذي يمنعها من الحمل، ويزوجوها ويدعونها تحمل لأن زوجها لا يعرف أنها مريضة وأن قلبها لا يتحمل مخاطر الحمل وتموت الفتاة أثناء الولادة!.

د - **قواعد النظافة**: غالباً ما يهمل الأهل تعليم أطفالهم قواعد النظافة ويهملون هم أنفسهم تطبيق هذه القواعد.

هـ - **الإشاعات الصحية**: وأولها وصف العقاقير بالتناقل بمعنى أن ينصح الواحد الآخر باستخدام عقار معين استخدمه هو شخصياً دون الأخذ بعين الاعتبار أن الحالتان وإن تشابهتا في أعراضهما فقد تكونا مختلفتين.

وعن طريق هذه الإشاعات باتت عائلاتنا تستخدم عدداً من العقاقير وكأنها قطع حلوى دون الأخذ بعين الأعتبار لا آثارها الجانبية ولا حقيقة مجال استعمالها. فمضادات الهيستامين تستعمل كمهدىء ومنوم في حين أنها مضادات حساسية وقس عليه.

٢ - **العادات التربوية السيئة**: إذا كانت برامج التوعية الصحية تجعلنا نطمح للقضاء يوماً على العادات الصحية السيئة فإننا لا نستطيع أن نأمل الشيء نفسه بالنسبة للعادات التربوية التي تعتبرها عائلاتنا بمثابة تقاليد لا يجوز تغييرها أو التخلي عنها. وذلك لدرجة تجبرنا على تجاهل بعضها في هذا الكتاب. وسنكتفي بالعادات الأكثر شيوعاً.



خطبت مارغريتا تيريزا ابنة فيليب ملك إسبانيا، وهي بعد طفلة، على ليوبولد الأول امبراطور النمسا . وقد رسم صورتها هذه الفنان دييغو فيلاسكيز عام ١٦٥٩، وأرسلت إلى ليوبولد في فيينا ليرى ما أصبحت عليه أميرته .

أ ـ **تزويج الأطفال** : يحصل أن تزوج العائلة طفلها حتى قبل ولادته. ويتم هذا الزواج بإعطاء الوعد لأهل الطفل الثاني بتزويج الفتى من الفتاة عندما يكبران. وغالباً ما يكون هذا الزواج عربوناً على الصداقة بين العائلتين. ومثل هؤلاء الأطفال يعانون اضطرابات عاطفية جمة بسبب هذا الزواج أقلها أنه يحس طيلة حياته بأنه ملكية خاصة لعائلة زوجته دون أن يستشعر استقلاليته وحريته الشخصية. وغالباً ما تكون هذه الزيجات فاشلة تماماً.

ب ـ **انعدام التخطيط العائلي** : وفي مقدمتها عدم تنظيم النسل وبالتالي عدم مراعاة الظروف المالية والسكنية والزمنية للعائلة. وذلك بحيث يتم إنجاب عدد من الأولاد أكثر من طاقة الأب لتحمل مصاريفهم ومن طاقة الأم لتربيتهم ومن طاقة المنزل كي يتسع لهم.

ج ـ **الأساليب التربوية السيئة** : ومن الصعب تعدادها هنا. لذلك سنورد خطوطها العريضة وهي : صرامة الأب وعدم تحمله للضجيج، تشجيع الغيرة بين الإخوة عن طريق تصرفات مثل (خذ هذا ولا تقل لأخاك) تفضيل الولد على البنت، مناقشة المشاكل والخلافات العائلية أمام الأطفال، ضرب الأطفال لأسباب هم عاجزون عن فهمها، رعاية الأطفال الكبار لإخوتهم الصغار وكذلك منعهم من العديد من الممارسات الطفولية بدافع المحافظة! ودون أي شروحات يفهمها الطفل.

د ـ **المشاعية المنزلية** : بسبب كثرة الأولاد غالباً ما يكون المنزل مكتظاً بالأولاد. حتى أن الغالبية العظمى لأطفالنا لا يعرفون وجود مبدأ الخزانة، المكتبة، السرير الخاصة بهم والتي تقع على عاتقهم مسؤوليات ترتيبها والحفاظ عليها. ولهذا الاكتظاظ المنزلي آثاره السلبية الكثيرة التي سنناقشها لاحقاً.

٣ ـ العادات العاطفية السيئة :

وفي مقدمتها إحجام الأب عن إظهار عاطفته لأطفاله لأسباب متعددة مثل انشغاله خوفاً من فقدان هيبة الأب! ولأنهن بنات!... إلخ وقد سبقت مناقشة تأثير عطف الأب على أولاده.

على أن العادة العاطفية السيئة التي تستوجب الوقوف طويلاً عندها هي ظاهرة الاستحواذ العائلي التي تشكل حجر الأساس في غالبية الخلافات بين الأهل والأبناء. وتفسير هذه الظاهرة أن العائلة تستحوذ على أفرادها بحيث تفرض عليهم التفكير والتصرف وفق منطق رب العائلة أو الشخص المسيطر فيها (غالباً الأب). وهذا الاستحواذ يقمع رغبات الأفراد وحقهم بالانفراد بأنفسهم وبشخصياتهم. وهو يصل أحياناً إلى حد اختيار الزوجات والأزواج وفرضهم على الأبناء. وفي العادة تبدأ المشاكل من خلال حالة تمرد نرجسي تدفع بأحد الأولاد للإصرار على موقف من المواقف التي يعارضها الأب أوراس السلطة في العائلة). ويتطرف هذا الأخير بمعارضته ويعقد

بهذا الأمور حتى تصل في بعض الأحيان إلى حد الانفصال الكلي أو الانحراف مما يهز أركان العائلة كلها ويقضي على توازنها وانسجامها.

ولعل أكثر المشاكل المطروحة حالياً في هذا المجال هي مسألة التعلم. ففي حين يصر الأهل على التعليم، انطلاقاً من أهمية المواقع التي احتلها المتعلمون في الجيل الماضي وقبله، نرى أن عدداً لا بأس به من الأولاد لا يرغبون بالتعلم ولهم عليه مآخذ عديدة موضوعية وواقعية ولكن الأهل عاجزون عن تفهم وجهة نظر أبنائهم التي نوجزها في النقاط التالية:

١ ـ **عدم ديموقراطية التعليم**: تعكس مدارسنا وجامعاتنا الفوارق الطبقية في مجتمعنا بشكل حاد. وإذا اتخذنا من التعليم في لبنان أنموذجاً للاحظنا أن توزيع الطلاب يتم على أسس طائفية وسياسية واجتماعية بحيث يعكس التعليم جميع الآفات في المجتمع اللبناني. وعن هذا الغياب للديموقراطية ينشأ عدم تكافؤ الفرص والوسائل التعليمية من تلميذ لآخر.

٢ ـ **أخطاء السياسة التعليمية**: ومنها عدم مراعاة الحاجات الفعلية للمجتمع وذلك بحيث تخرج جامعاتنا أعداداً هائلة من الطلاب في فروع لم يعد المجتمع بحاجة إلى خريجيها في حين نلاحظ غياب الكليات التي تخرج الاختصاصات التي يعاني المجتمع نقصاً فيها. بالإضافة إلى ذلك نلاحظ تخلف البرامج

التعليمية مع محاولات ساذجة لتحديثها.

٣ ـ **زيادة تكاليف التعليم**: المترافق بتضاؤل مدخول الخريج وقدرته الشرائية إضافة إلى زيادة سنوات التعليم. حتى بات الشاب يفضل تأمين مستقبله بطرق أخرى غير التعليم وخاصة بقسمه الجامعي.

وفي نهاية حديثنا عن الأنماط العائلية الخطرة فإننا نود أن نورد العوامل العائلية التي من شأنها أن تشجع ظهور المرض النفسي لدى أطفال هذه العائلة ونورد هذه العوامل بناءً على دراسة قام بها البروفسور Michael Rutter أستاذ الطب النفسي للأطفال في معهد لندن للطب النفسي. وكان هذا البروفسور قد أجرى أبحاثه على أطفال من الأحياء الفقيرة في مدينة لندن وجزيرة رايت فتوصل إلى تحديد ستة عوامل يعتبرها مؤثرة في إحداث الاضطراب النفسي لدى الأطفال ذوي العشرة أعوام. وهذه العوامل هي:

١ ـ الخلافات الحادة بين الأهل.
٢ ـ المستوى الاجتماعي المتدني.
٣ ـ اكتظاظ المنزل.
٤ ـ اضطرابات نفسية لدى الأم.
٥ ـ أب مجرم (مدان من المحكمة).

---

(١) Dr. Michal Rutter, cite de Maya pines, dans psychologic 112 / 36 / 77. Les enfants incassables.

٦ ـ وضع الطفل في ملجأ أو في رعاية حاضنة.

ومن خلال دراسته لمئات الأطفال يخرج روتر بالنتائج التالية:

ـ إن تعرض الطفل لعامل واحدٍ من هذه العوامل لا يزيد في احتمال تعرضه للاضطراب النفسي قياساً للأطفال الذين لا يعانون من أيٍ من هذه العوامل.

ـ عندما يتعرض الطفل لعاملين من هذه العوامل فإن احتمال إصابته يصبح أربعة أضعاف احتمال إصابة الطفل العادي.

ـ يزداد احتمال إصابة الطفل بالاضطراب النفسي زيادة هندسية مع زيادة عدد العوامل التي يتعرض لها.

وهذه الدراسة، المعروضة بأشد اختصار ممكن، تدفعنا للتفكير. ولتأييد وجهة النظر القائلة بأن العلاج العائلي الهادف إلى تحسين الظروف المحيطة بالطفل هو علاج من شأنه أن يلعب دوراً وقائياً من الدرجات الأولى. ونحن متأكدون من وجود عدد من العوامل الأخرى، التي لم يحددها روتر، ولكن إلغاء هذه العوامل من حياة الطفل أو على الأقل التخفيف من وطأتها من شأنه أن يساعد الطفل ليواجه، وبقوة أكبر، العوامل التي لم نتوصل بعد إلى تحديدها وبالتالي فإنه يخفف من احتمال تعرض هؤلاء الأطفال للاضطرابات للأمراض النفسية.

الفَصْلُ الثَّاني

مَبَادِئُ العِلَاجِ العَائِلِي

١ ـ الأمراض النفسية المضمحلة .

٢ ـ أمراض العصر .

٣ ـ الإعلام ودوره في العلاج العائلي .

يتصدى العلاج العائلي للاضطرابات النفسية بطرق مبتكرة هي في الواقع وليدة نظرة شمولية لهذه الاضطرابات ولآثارها في المريض وفي محيطه. فمن جهة يجمع هذا العلاج المعطيات العيادية والتاريخ المرضي أما من جهة أخرى فإنه يأخذ بعين الاعتبار المعطيات النفسية ـ الاجتماعية، المحيطية والبيئية.

والحقيقة أن هذه النظرة الشمولية تعتبر قفزة مهمة في تاريخ العلاج النفسي فقد كان من غير المعقول إهمال النتائج القيمة التي توصل إليها علماء البيئة والمجتمع وإهمال استغلالها في العلاج النفسي. هذا وتعبر الباحثة V. Satir [١] عن نظرة المعالج العائلي بقولها: «**إن سلوك الشخص هو بمثابة رد على مجموعة معقدة من القواعد المحددة والموحية التي تحكم جو عائلته. حتى ولو كانت هذه القواعد غير مخططة أو حتى معروفة أو واعية من قبل المريض أو من قبل عائلته.**

---

(١) **Virginia Satir:** Conjoint family therapy, in Fam. thapy P. 9, 1967. Ed. Lansky, New York.

مما تقدم نلاحظ أن العلاج العائلي هو بمثابة عرض شامل لمختلف العوامل التي يمكن أن تساعدنا في تفهم الأسباب المؤدية للاضطراب النفسي. وهذا العرض يراعي المظاهر العلائقية القائمة بين الشخص ومحيطه ويصهرها في نظرة موحدة ومتكاملة ومن هذا المنطلق يقول Ackerman, و Behreus [1]:

«يعتمد العلاج العائلي على تحليل عددٍ من العناصر المتداخلة المؤدية للاضطراب النفسي ويعامله على أنه ظاهرة عائلية ناجمة عن مجموعة من المنغصات المتداخلة والعلائقية المتراكمة مع مرور الوقت».

ومن هذا المنطلق فإن معالجي العائلة يعتبرون أن هذه المنغصات تؤثر في كافة أفراد الأسرة ولكن بطرق مختلفة، وهي تؤثر بشكلٍ خاص بالمريض الذي يطلب العلاج (لكونه الأكثر تأثراً) والذي نسميه بالمريض الأولي أو الأساسي. وإذا كان الطب النفسي التقليدي يفسر الاضطرابات العصابية التي تظهر في عائلة مريضٍ ما على أنها ردة فعلٍ يسببها التعامل مع المريض فإن العلاج العائلي يرفض هذا التفسير. فالعلاج العائلي يعتبر أن تبدي المرض لدى أحد أفراد العائلة يؤدي إلى تفجير الصراعات العصابية في العائلة ولكنه لا يخلقها [2].

---

(١) **Ackerman, N. Behrens, M:** Family diagnosis and clinical process in Amer. Hand book of psychiatrie. Ed. Aritei. New York. P. 38, 1974.

(٢) **M. Bowen:** Family thrapy after tewnty years. P, 370 / 1975.

بهذا يعمق العلاج العائلي فهمنا لجذور ومنابع المرض النفسي عن طريق الأخذ بعين الاعتبار للعلاقة القائمة بين خلل النظام الأسري والعوارض المرضية المتبدية على المريض.

وفي هذا الإطار يكون العلاج العائلي قد أغنى معطيات التشخيص بإضافته للعناصر العلائقية القائمة بين المريض ومحيطه. والحقيقة أن جميع العاملين في ميدان العلاج النفسي لم يهملوا هذه العناصر إهمالاً تاماً. فقد لاحظنا من خلال الفصل السابق أن فرويد وتلامذته لم يهملوا هذه العناصر وإنما درسوها بعناية وكذلك فعل الأطباء النفسيون إلا أنهم توقفوا عند هذا الحد ولم يخطو الخطوة الرائدة التي خطاها العلاج العائلي ونعني بها التدخل إيجابياً لعلاج الاضطرابات العلائقية داخل الأسرة بهدف تحسين ظروف المريض وتوسيع إمكانيات علاجه. وإذا كان العلاج التقليدي يركز جهوده على المظاهر المرضية بغية العمل على إزالتها فإن العلاج العائلي يتوجه إلى الملكات النفسية التي لم يطالها المرض ويعمل على تدعيمها وبالتالي على تدعيم إمكانيات المريض للتصدي للظواهر المرضية. ولكن العلاج العائلي يتوجه أيضاً لتجنيد أفراد العائلة الأصحاء للمساهمة بهذا الدعم. ونستطيع اختصار نظرة العلاج العائلي بالقول: من الأنجح والأضمن أن يرتكز علاجنا على عددٍ من الأفراد الأصحاء عوضاً عن الارتكاز على قوى المريض الخائرة.

هذا ويرى الباحث J. Kovel [1] أن العلاج العائلي يحدد منطلقات جديدة لتعريف المسؤولية العلاجية ولتحديد وتشخيص المريض النفسي. وهذا بحد ذاته يحدد مواقفاً جديدة من المسؤولية الطبية. وبمعنى آخر فإن مسؤولية الطبيب لم تعد لتتوقف عند التحكم بالأعراض والمظاهر المرضية بل أصبحت تمتد لتشمل التدخل الإيجابي لإصلاح الأعطال الطارئة على النظام الأسري والعلاقات بداخله. وقد أوضحنا أهمية هذا التدخل في الأمثلة المعطاة في الفصل الأول. ونود التذكير بشكل خاص بحالة الأخ المعتوه الذي ولد نوعاً من العدوى النفسية التي أصابت أخوه وتسببت في تخلفه. كما يجب ألا نهمل احتمال معارضة فرد أو أكثر من العائلة لشفاء المريض ورغبتهم بإبقائه مريضاً لأسباب وأهداف مختلفة.

مما تقدم نلاحظ تعارضاً بين العلاج العائلي وبين الطب النفسي في نظرة كل منهما للمرض ولعلاجه. ولكن هذا التعارض ليس بالجوهري. فالعلاج العائلي لا يرفض مبدأ الفرد ـ المريض الذي ينادي به الطب النفسي ولكنه يفترض ضرورة مخاطبته على اعتبار أنه قطعة من مجموعة القطع التي تؤلف الجهاز العائلي والتي يمكن أن يؤدي اختلال أحدها لاختلال الأخرى. وهكذا فإن الفحص النفسي للجهاز النفسي

---

(١) J. Kovel: A complete guide to therapy. From psychoanalysis to Behavior modification, New York, pantheon books 1976, page 184.

ـ الداخلـي للمـريض لا يكتمـل إلا من خلال دراسـة البنـى والعلاقات العائلية المعقدة التي يحيا المـريض في إطارهـا. وفي هذا المجال يقول Foley: «(۱) إن مهمة المعالج العائلـي هي العمل على تعديل العلاقات المضطربة بين أفراد العائلـة بحيث يؤدي هذا التعـديل إلـى اختفـاء المـواقف والأسبـاب الدافعة بالمريض لتبني السلوك المرضي».

ونحـن إذ نؤجـل عرض تقنيات المـدارس العـلاجية ـ العائلية إلى فصل المدارس العلاجية فإننا نود في هذا الفصل أن نعرض لعدد من الملاحظات والأفـكار المـوحية بأسـاليب وميادين جديدة لتطبيق العلاج العائلي والطب النفسي ـ الوقائي ونبدأ بـ:

---

(۱) - V. D. Foley: Family therapy in current psychotherapies. Ed. Corsini itasca. Peacock publishers. P. 460, 1978.

١ ـ الأمراض النفسية المضمحلة

تفيد تقارير وزارة الصحة الإنكليزية بأن عدداً من الأمراض النفسية في طريقها للاختفاء من المجتمع الإنكليزي. ويتوقع الأطباء أن تدخل هذه الأمراض في التاريخ الطبي الإنكليزي (بسبب اختفائها كلية) خلال العقود القادمة. وفي طليعة هذه الأمراض يأتي الانفصام المذخر[١] وفي تفسيرهم لهذه الظاهرة ينقسم الباحثون إلى فئتين. الأولى ترى أن العقاقير الحديثة والمهدئات العظمى منها على وجه الخصوص، قد أثبتت جدواها في علاج الأمراض العقلية ويتخذون من تراجع الهذيان العظامي دليلاً على ذلك.

أما الفئة الثانية من الباحثين فترى أن تراجع هذه الأمراض، ومجموعة من الأمراض الأخرى، يعود إلى إدراك المرضى لواقع مفاده أن لا مصلحة لهم ولا هم يحققون مكاسب من خلال ادعائهم الجنون وتماديهم في الهذيان. فهم يستطيعون الحصول على المساعدة الاجتماعية

---

(١) Floride Schizophnemie وأقرب ترجمة لها هي الانفصام المذخر وهو ليس بالفصام الحقيقي ولكنه نوع من أنواع هذيان العظمة. وتصعب ترجمته بدقة.

(الكلام في الدول المتحضرة طبعاً) دون حاجة للجوئهم إلى حيل مثل حيلة الادعاء بالنبوة أو بكونهم نابليون أو غيره.

مما تقدم نلاحظ أن التقدم الحضاري ـ الإنساني والأجواء الاجتماعية المتمدنة ساهمت في اختفاء عدد من الأمراض النفسية والمظاهر المرضية. إلا أن مشاكل من نوع آخر تواجه هذه المجتمعات. فلو دققنا النظر في الحالات المرضية المتواجدة في أحد المستشفيات النفسية في الدول المتحضرة لرأينا أن الحالات المرضية النفسية بدأت تتخذ أشكالاً جديدة وأن أمراضاً واضطرابات نفسية جديدة أخذت تحل مكان الأمراض التقليدية المعروفة والآخذة بالاضمحلال.

وفي مقدمة المشاكل الحديثة يأتي الإدمان. فقد حدد الباحثون لغاية الآن عشرات المظاهر الإدمانية (إدمان الكحول، المخدرات، الجنس، العمل... إلخ). وهم لا يزالون في طور البحث لإيجاد الوسائل العلاجية لها.

وهنا يطرح الباحثون الاجتماعيون ـ الإنسانيون سؤالاً ذا منحى فلسفي وهو: هل خلقت الحضارة هذه المشاكل الجديدة أم أنها فضحتها وأبرزتها بحيث لفتت النظر إليها؟.

والواقع أن هذا السؤال هو حالياً مثار نقاش يحتاج إلى مجلدات لاستيعابه إلا أن هذا النقاش يتركز على محورين أساسيين هما:

١ ـ إن العلائم المرضية، من نفسية وجسدية، التي رافقت الثورة الصناعية هي دلائل على دور التقدم الصناعي في خلق أمراض جديدة وزيادة حدة عدد من الأمراض القديمة (النفسية ـ الجسدية على وجه التحديد). وعليه فإن اختفاء بعض المظاهر المرضية ـ النفسية يقابله ازدياد في مظاهر مرضية من نوع آخر.

٢ ـ تترافق الحضارة مع ارتقاء مستوى الإنسان وانخفاض عدائيته وعليه فإن المجتمع المتحضر هو أكثر اهتماماً بالإنسان. ولذلك فإن الباحثون لا يفتأون يكتشفون العلائم المرضية التي كانت موجودة سابقاً والتي لم يكن الأهل والمحيط ليكترثوا لها وكذلك المجتمع والأطباء. فعلى سبيل المثال فإن حملات مكافحة التدخين لم تبدأ إلا حديثاً وقس عليه.

٢ ـ أمراض العصر

على نقيض المثال السابق فقد لاحظ الباحثون زيادة مذهلة في نسبة الإصابة بعددٍ من الأمراض النفسية ـ الجسدية ابتداءً من بداية هذا القرن أي بموازاة التقدم الصناعي.

ومن الملاحظات المهمة في هذا المجال تصريح البروفسور Sartoruis [١]، في المؤتمر الدولي للطب النفسي، بأن الانهيار العصبي يصيب ٣٪ من سكان العالم وهذه النسبة تزيد باضطراد وبشكلٍ يهدد مجتمعات الغد. أما البروفسور Kielholz [٢] فيرى أن شكلاً معيناً من الانهيار (الانهيار المقنع) يصيب حوالي الـ ٣٠٪ من الناس. وهذا الانهيار يتبدى في مظاهر جسدية (تعرف زائد، صداع، خفقان القلب أو صعوبة تنفس... إلخ) عوضاً عن تبديه بمظاهر نفسية. ولا نهمل في هذا المجال الأمراض النفسية الجسدية (الذبحة، القرحة، الربو... إلخ) التي يتفق العلماء على كونها ناجمة عن الشدة والإرهاق النفسيين. وهكذا نرى بأن الحياة العصرية حملت معها القلق والمرض للعائلة ومن الطبيعي أن تؤثر هذه العوامل في العلاقات العائلية وتشجيع ظهور الاضطرابات فيها.

---

(١) **Sartoruis:** congres international de psychiatrie, Mexico, 1971.

(٢) **Kielholz, P.** Masked depression, ed Hans Bery, 1981.

٣ ـ الإعلام ودوره في العلاج العائلي

مع تطور وسائل الإعلام، الراديو والتلفزيون وغيرها من وسائل الإعلام المتطورة، يلاحظ الباحثون ارتفاعاً مهماً في مستوى الذكاء الإنساني عامة والذكاء الطفلي بشكل خاص. والحقيقة أن الإعلام الحديث يلعب دوراً في غاية الخطورة والأهمية في توعية العائلة وتوجيهها. فهو ينشر الثقافة الصحية والتربوية كما يتيح لأفراد العائلة إمكانية الاتصال بالعالم الخارجي الأمر الذي يخفف من وطأة خلل العلاقات في الجهاز الأسري. ويضيق بنا المجال هنا لتحديد الدور العلاجي ـ العائلي الذي يمكن للإعلام أن يلعبه في تحصين أطفال العائلة ضد الاضطرابات النفسية وفي توجيه العائلة وترميم العلاقات وتحسين الاتصال بين أفرادها[1].

من خلال هذه الأمثلة الثلاثة نكون قد استعرضنا أهم الأساليب التطبيقية للعلاج العائلي ونقصد به العلاج العائلي ـ الوقائي. فمن وجهة نظرنا الخاصة نرى أن من واجب العلاج

---

(١) للتعمق في هذا الموضوع راجع مقرر «الاتصال والأنباء» الجامعة اللبنانية ـ كلية علم النفس، تأليف د. محمد أحمد نابلسي، ١٩٨٦.

العائلي ألا يكتفي بمساعدة العائلات التي تظهر الاضطرابات سافرة لدى أعضائها بل أن هذا العلاج يجب أن يتحول إلى علاج اجتماعي يشمل تحديث المفاهيم العائلية وتنقيتها من شوائبها ومن عاداتها السيئة وذلك عن طريق نشر الوعي الصحي وأسس الاتصال العائلي الصحيح وتطوير مفهوم التكامل الاجتماعي مستغلين في سبيل ذلك كل الإمكانيات المتوافرة لدينا. وبدون هذا العلاج العائلي - الجماعي فإننا قد نتوصل إلى شفاء حالات منفردة من الانفصام المذخر مثلاً ولكننا لن نتوصل إلى القول باختفائه من مجتمعنا، ونحن إذ نشدد على ضرورة هذه الخطوات الوقائية فإن دافعنا إلى هذا التشديد هو افتقارنا للإمكانيات العلاجية (من مادية وبشرية ومؤسسات) وليس بدافع الترف والزخرفة الوقائية كما هي الحال في الدول المتقدمة. وبمعنى آخر فإن دعوتنا للوقاية هي دعوة العاجز عن العلاج. وهذا الفرع العلاجي يدخل في نطاق الطب النفسي Psychiatrie Preventive والـ Epidemiologique الوقائي والبيئوي.

وإذا أردنا أن نرسم الخطوط العريضة لمثل هذا المشروع فإننا نوجزها كما يلي:

١ - العمل للقضاء على العادات الاجتماعية السيئة وتبيان أخطارها.

٢ - ضرورة تثقيف الأمهات وخاصة في مجال التربية.

٣ ـ تحسين وسائل الاتصال داخل العائلات .

٤ ـ تحديد الأسس العلمية للزواج المتكافىء .

٥ ـ تشجيع العائلات على طلب نصائح الاختصاصيين في ميادين الطب النفسي ، التربية والعلاقات الزوجية . وتسهيل إمكانية الاتصال بهؤلاء (مراسلة ، صحف ، برامج تثقيفية ، محاضرات ، دورات . . . إلخ) .

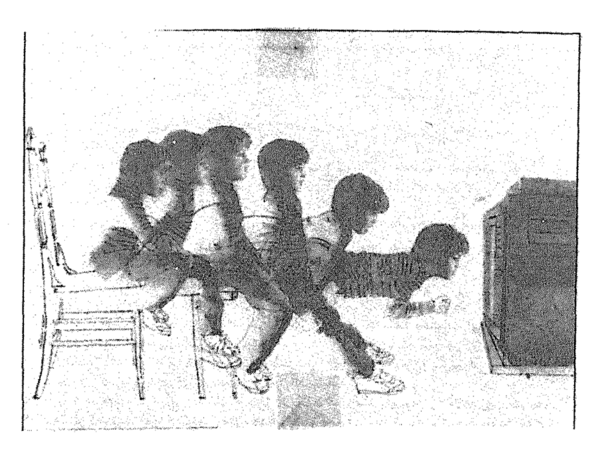
٦ ـ إجراء الدراسات الميدانية لتحديد عوامل الخطر العائلية المؤدية للاضطراب النفسي في مجتمعنا . وكذلك تحديد الاضطرابات الأكثر انتشاراً .

٧ ـ تأمين العلاج النفسي بطريقة متحضرة .

٨ ـ معالجة الآفات الاجتماعية التي تهدد وحدة العائلة واستقرارها .

٩ ـ تحسين الظروف الاقتصادية للعائلة (تحديد النسل ، مساعدات عائلية وتربوية) .

١٠ ـ تحسين الظروف الثقافية ـ الاجتماعية . وتحرير العائلة من رواسب التخلف .



لعب ظهور التلفزيون ووسائل الاتصال الحديثة بالغ الأثر في تنمية ذكاء الطفل والتعجيل بتطور وظائفه الإدراكية. إلا أن علماء النفس يتحدثون اليوم عن نوع جديد من الإدمان الطفولي على التلفزيون الفيديو، الكومبيوتر... إلخ.

الفَصْلُ الثَّالِث

التّطبيقَات العيَادِيّة للعِلاج العَائلي

١ ـ العلاج العائلي في حالة الانفصام .
٢ ـ العلاج العائلي للذهانات المزاجية .
٣ ـ العلاج العائلي للإدمان .

لدى تصديهم لعلاج مرضٍ ما يركز الأطباء جهودهم على علاج المريض نفسه مهملين ردود فعل أفراد العائلة أمام هذا المرض. ومن الطبيعي القول أن المرض، مهما كان نوعه، يترك آثاره وانعكاساته على جميع أفراد العائلة وهو يؤدي بالتالي إلى إحداث تغييرات في نمط العلاقات داخل هذه العائلة. وردات الفعل هذه تختلف باختلاف المرض وباختلاف شخصية أفراد العائلة وعلاقتهم بالمريض.

فمن حيث اختلاف ردات الفعل باختلاف الأمراض يمكننا تقسيمها كما يلي:

١ ـ **الأمراض المميتة**: وهذه الأمراض تدفع العائلة للتفكير بموت المريض وتأثير هذا الموت على العائلة سواء من الناحية العاطفية أو المستقبلية. والحقيقة أن وقع هذا النوع من الأمراض على العائلة يخف كلما أتيح لها وقتاً أطول لتقبل الفكرة وهذه الأمراض تولد في العائلة اضطرابات من نوع الانهيار، القلق، الشدة، الإرهاق النفسي والمشاعر المازوشية.

٢ ـ **الأمراض الوراثية** : ومنها ما هو مميت وله نفس تأثير الأمراض المميتة. وهي تفجر لدى أفراد العائلة الوساوس المرضية وخاصة تلك المتعلقة بالمرض موضوع البحث. وعن هذه الوساوس تنشأ التصرفات الهيستيرية والرهابات وخاصة رهاب الموت.

٣ ـ **الأمراض النفسية الجسدية** : وهذه الأمراض كثيرة التنوع. وهي عادةً تصنف في لوائح عيادية أخرى. ولكن ما يهمنا في هذا المجال هو كون هذه الأمراض جسدية ذات منشأ نفسي. ومن المعروف أن المصابين بها يعانون صعوبات علائقية عديدة مع محيطهم. وفي حال وقوعهم فريسة المرض فإننا نلاحظ أن مشاعر الذنب والحاجة للعقاب هي المهيمنة على عائلاتهم.

٤ ـ **الأمراض المزمنة** : إن معايشة المرض المزمن تدخل تغيرات عميقة في شخصية المريض وفي شخصيات أفراد عائلته. فاكتشاف المرض يفرض على العائلة نظاماً حياتياً جديداً يفتضي الكثير من الصبر والتسامح من قبل الجميع حتى تتوصل العائلة لاستعادة استقرارها الأساسي.

٥ ـ **الأمراض النفسية** : إن مجتمعنا لا يزال يرفض إطلاق اسم المرضى على هذه الحالات. وكثيرون هم الذين يميلون لإلقاء تبعتها على الشياطين. لذلك فإن أوضح ردود الفعل العائلية في هذه الحالات هي الخوف من المريض. ومن ثم الخوف من

الفضيحة وهذه المشاعر تنعكس مع الوقت كرهاً للمريض ورغبة في التخلص منه بإلقائه في أحد المصحات.

وبهذا نستنتج أن العلاج النفسي العائلي يطرح نفسه كضرورة ملحة في مختلف حالات المرض[1]. وكما سبقت الإشارة فإن الطب الحديث ينظر للعلاج العائلي كأداة مهمة من أدوات الطب الوقائي. ومن هنا فقد امتدت تطبيقات هذا العلاج من الأمراض النفسية المتطورة لتشمل أيضاً الاضطرابات البسيطة ـ العابرة. وفيما يلي نعرض تطبيق العلاج العائلي في عدد من الحالات ونبدأ بـ:

---

(١) عرضنا للعلاج النفسي العائلي لعدد من الأمراض في بعض مؤلفاتنا. ونذكر على وجه الخصوص: الذبحة القلبية والقرحة في كتاب الأمراض النفسية وعلاجها وفي كتاب الانهيار العصبي.

١ ـ العلاج العائلي في حالة الانفصام

كان فرويد وأتباعه من المحللين السباقين في اكتشاف دور الخلل العائلي في إحداث مرض الانفصام. فالتحليل النفسي يرد الأسباب النفسية للانفصام إلى ما وراء الأسباب الظاهرية التي ولدت المرض. وهم يركزون على المرحلة الفمية بالذات Stade Oral حيث يمكن أن تنشأ اتصالات مضطربة بين الأم ورضيعها[١]. ويشبه المحللون اضطراب العلاقة بين الأم ورضيعها بـ نقطة ضعف في أساس العمارة[٢] (أي الشخصية). ومن خلال دراستهم للحالات الفصامية توصل المحللون إلى وضع وتحديد أنماط عدة «للأم المتسببة بالفصام». ومن أهم هذه الأنماط وأكثرها مطابقة للمنطق

(١) قد تعود هذه الاضطرابات في أساسها إلى رفض الأم للطفل وهذا الرفض يمكن أن ينشأ عن أسباب عديدة مثل: خلافات زوجية في فترة الحمل والرضاعة، عدم استجابة الطفل للصفات التي كانت تتمناها الأم، النكوص النرجسي للأم ورغبتها في أن تكون هي موضع الاهتمام بدلاً عن أن تهتم هي بطفلها وغير ذلك من الأسباب التي شرحناها في كتاب ذكاء الرضيع من هذه السلسلة (٢) مما يهدد شخصية الطفل بالانهيار والتفكك الكلي. وهذا هو الانفصام.



مريض فصام الشخصية . ويظهر هذا المرض عادةً بعد سن المراهقة . والصورة تمثل العلائم الرئيسية لمريض الانفصام، النظرات، وضعية الرأس . . . إلخ .

التحليلي نمط الأم المتزوجة من رجل (أي والد المريض) ضعيف الشخصية ولكنه سريع الغضب والانفعال. ونظراً لضعف شخصية الوالد فإن المريض يحيا طفولة تغيب عنها السلطة الأبوية[1] أو تشوه صورة الأب (وبالتالي السلطة الأبوية) في نظر الطفل من خلال عمليات النقد والتهجم المستمرة التي تمارسها الأم على الأب (قد يحصل ذلك في غياب الأب).

ولو قمنا بتفحص المحيط العائلي لمريض الانفصام لوجدنا أن هذا المحيط قد يبدو طبيعياً دون أن تشوبه شائبة للوهلة الأولى. إلا أننا ولدى تعمقنا في دراسة أفراد هذه العائلة (وخاصة الأم والأب) نلاحظ نوعاً من القساوة والجمود العاطفي والفكري يهيمنان على أجواء هذه العائلة. كما نلاحظ انخفاض قدرة هؤلاء الأفراد على إقامة صلات عاطفية أو حتى حوارات حميمة فيما بينهم. وبمعنى آخر فإن عائلة المريض بالانفصام هي عائلة تعاني صعوبات علائقية مؤثرة في توازن المريض من الناحية النفسية على أكثر من صعيد.

وبالرغم من تحديد فرويد، والمحللين من بعده، للدور الهام الذي يلعبه الخلل العائلي في إحداث الفصام فإنه لم

---

(١) مما يزيد في خطورة هذا الوضع اضطرار الأب للسفر. مما يجسد غياب السلطة الأبوية بشكلٍ مادي ويرسخه في ذهن الطفل مشجعاً إمكانيات إصابته بالاضطرابات النفسية كافة.

يتوجه للعلاج العائلي لهذا المرض. ولكن مع إرساء أسس العلاج النفسي العائلي التفت الباحثون نحو عائلة مريض الانفصام موجهين اهتمامهم نحو دراسة العلاقات العائلية للمريض وأثرها في ظهور المرض وفي تطوره أو تراجعه. (بالأحرى خموده). وقد حاول هؤلاء الباحثون علاج الانفصام عن طريق إصلاح علاقات المريض وأجوائه العائلية فلم ينجحوا. والحقيقة أن هذا الفشل لا يعود، في رأينا الشخصي، لقصور العلاج العائلي وإنما هو عائد إلى عدم قدرة المريض على استيعاب هذا العلاج بطريقة فعالة. والدليل القاطع على ذلك نجده في قدرة العلاج العائلي على الحؤول دون حصول الانتكاسات المرضية أو على الأقل تأخير حدوثها. ففي دراسة للباحث Goldstein [1] تأكدت فعالية العلاج العائلي في منع الانتكاسات لدى مرضى الفصام المعالجين دوائياً وعائلياً بالمقارنة مع المرضى المعالجين دوائياً فقط. وتشير هذه الدراسة وعديدة غيرها إلى أن العلاج العائلي يؤدي إلى تحسن جوانب نفسية عديدة في شخصية المريض لا يطالها التأثير الدوائي.

أما عن خطوات العلاج العائلي للانفصام فهي ترتكز على المبادىء التالية:

---

(١) M. J. Goldstein: Family therapy during the aftercae treatment of acente schizophrehie, ed strauss p. 33, 1981.

١ ـ تحديد أفراد العائلة الذين يعايشون المريض والذين يتميزون بتعابير انفعالية سلبية مبالغة (الشعور بالظلم، الكره، الحسد، الرغبة بالثأر، التدمير. . . إلخ). وقد أطلق الباحثون الأميركيون على هؤلاء الأشخاص تعبير الـ .High E (E) واعتبروهم مسؤولين عن المساهمة في إحداث اضطرابات الشخصية لدى المريض واستمراريته. وهذا ما يؤكده الباحث Brown [1] الذي يشير إلى أن ٩٢٪ من الانتكاسات الانفصامية تعود لوجود مثل هؤلاء الأشخاص في عائلة المريض.

٢ ـ ضرورة إعادة التوازن للصورة الأبوية: وسنتبسط في شرح هذه النقطة بسبب أهميتها البالغة. فالطفل وابتداءً من سن الثالثة يبدأ باستيعاب النقاط التي تتيح للأب التفوق عليه. فإذا ما وصل الطفل إلى سن ٥ ـ ٦ سنوات تخلى عن الصراع الأوديبي لمصلحة والده وتحول صراعهما إلى محاولة الطفل تقليد أبيه والتماهي به. والطفل في هذه المرحلة يتخيل نفسه شبيهاً بأبيه عندما يكبر. فإذا ما تدخلت الأم وأحدثت تشويهاً في صورة الأب فإن الطفل يستشعر هذا التشويه في صورته الذاتية. ويكون هذا التشويه أولى دعائم اضطراب الشخصية لدى الطفل الانفصامي. ولذلك وجب توجيه الأم وتدريبها للعمل على تجميل الصورة الأبوية.

---

(١) G. W. Brown: Influence of family life of the course of schizophrenics des orders. Br. Jour. Psy / P. 256, 1972.

٣ ـ تثقيف العائلة في موضوع المرض: علينا أن نعمل ومن خلال جلسات عائلية موسعة يحضرها جميع أفراد العائلة (باستثناء المريض والأطفال دون الرابعة) الذين يعيشون مع المريض. وفي هذه الجلسات علينا أن نشرح للعائلة المظاهر المرضية والاضطرابات المرافقة للمرضى، النوبات وإمكانية ظهورها، أهمية العلاج الدوائي وضرورة الإشراف الطبي، احتمالات تطورات المرض وتأثيره على حياة المريض المستقبلية. وأخيراً الأساليب الواجب اتباعها في العلاقة مع المريض.

ومناقشة مثل هذه المواضيع مع العائلة غالباً ما تكون مصدراً لعدد كبير من الأسئلة الاستيضاحية التي يطرحها أفراد العائلة التي تجب الإجابة عليها بوضوح مع إعطاء التعليمات اللازمة.

٤ ـ إصلاح الجهاز العلائقي داخل الأسرة: بعد مناقشتنا للخطوات الثلاثة الأولى أصبح من السهل علينا تبيين الأعطال الطارئة على جهاز العلاقات داخل الأسرة. ومن الوجهة الطبية ـ النفسية علينا أن نقوم بإصلاح هذه الأعطال اعتماداً على الطريقة التي نراها مناسبة سواءً أكانت سلوكية أم تحليلية أم إدراكية... إلخ. فالهدف هو أولاً وأخيراً تأمين الأجواء العائلية الملائمة للمريض وإزالة التوتر والصراعات من هذه الأجواء منعاً لحدوث الانتكاسات.

٥ ـ الإصرار على اقتران العلاجيين الدوائي والعائلي:
رأينا أن العلاج العائلي منفرداً لا يستطيع أن يحل مكان العلاج الدوائي. لذلك فإنه من العبث القيام بالعلاج العائلي إذا ما كان المريض ممتنعاً عن تناول علاجه الدوائي. ولعل أفضل الفترات للقيام بالعلاج العائلي هي فترة وجود المريض في المصح.

وإذا كنا في مجال الحديث عن العلاج العائلي لحالات الانفصام فإننا لا نستطيع أن نتجاهل الأجواء الاجتماعية العامة للمريض ولعائلته. وهذا ما يدفعنا لطرح عددٍ من الأسئلة، نعرف سلفاً أن الأجوبة عليها سلبية:

١ ـ ما هي إمكانيات العلاج المتحضر لهذا المريض في مجتمعنا؟.

٢ ـ كم هي الحالات التي تشخص في الوقت المناسب؟

٣ ـ من هي العائلات التي تتقبل بموضوعية فكرة كونها مساهمة في إحداث المرض؟ وكم عددها؟

٤ ـ كم هي النسبة المئوية للمرضى الذين تم عرضهم على الطبيب؟.

٥ ـ ما هي نسبة العائلات القادرة مادياً على متابعة علاج من هذا النوع وعلى تحمل أعبائه؟

٦ ـ هل عندنا أعداد كافية من الاختصاصيين في هذه المجالات؟

٧ ـ هل سعينا أو نسعى لإعداد مثل هؤلاء الاختصاصيين.

٨ ـ هل نعلم النسبة المئوية للإصابة بالانفصام في مجتمعنا؟ أو العدد التقريبي لهؤلاء المرضى؟

٩ ـ هل وضعنا حداً لأساليب العلاج المتخلفة وذات الآثار السلبية على هؤلاء المرضى... إلخ.

وتطول هذه اللائحة ليس فقط بالنسبة لمرضى الانفصام ولكن أيضاً بالنسبة لسائر المرضى النفسيين والعقليين.

٢ ـ العلاج العائلي للذهانات المزاجية

يستمد العلاج العائلي لهذه الذهانات (المعروفة أيضاً باسم الهوس الانهياري) أهميته وضرورته من الوقائع التالية:

١ ـ فشل العلاج النفسي للمريض وتكرار هذا الفشل مرات متوالية.

٢ ـ إن غالبية الانتكاسات التي تعيد المرضى إلى المصح إنما تنجم عن عدم تناولهم للدواء وعدم متابعتهم للعلاج أثناء فترات خمود المرض.

٣ ـ الحالات المستعصية التي لا ينفع معها العلاج الدوائي[1] وهي تشكل ٢٠٪ من هذه الحالات.

٤ ـ الانعكاسات النفسية البالغة العمق والسلبية على أفراد عائلة المصاب بهذا النوع من الذهان.

٥ ـ الميول الانتحارية، التي قد تصل إلى حد التنفيذ الفعلي، لدى عدد كبير من هؤلاء المرضى.

---

(١) انظر الانهيار المقاوم للعلاج في كتابنا الانهيار العصبي، الرسالة ـ الإيمان ١٩٨٦.

انطلاقاً من هذه المعطيات وانطلاقاً من معرفتهم لمظاهر المرض وتطوراته استطاع الأطباء النفسيون أن يرسوا أسس العلاج العائلي لمثل هذه الحالات واضعين القواعد لهذا العلاج بحيث يستطيع أن يحل عدداً من المشاكل المرضية التي يستعصي حلها على العقاقير وعلى الطبيب من خلال علاقته المباشرة بالمريض. وقبل أن نعرض لمبادىء العلاج العائلي للذهانات المزاجية ووسائل تطبيقية نود أن نعرض لعدد من الدراسات التي تثبت أهمية هذا العلاج ودوره في تحقيق تطورات علاجية في هذا المجال.

ففي دراسة لـ Y. Davenport (١) أدى الجمع بين العلاج بأملاح الليتيوم والعلاج العائلي إلى عدم حصول أية نكسة انهيارية طيلة الأربع سنوات التي استغرقتها الدراسة. كما أشارت دراسات عديدة أخرى إلى أن العلاج بأملاح الليتيوم مع العلاج العائلي كانا كفيلين بخفض المحاولات الانتحارية، الانتكاسات والانعكاسات النفسية المتبدية على عائلات المرضى. وذلك بنسبة كبيرة بالمقارنة مع المرضى الذين عولجوا بالمهدئات العظمى لوحدها(٢).

وهذه الدراسات، تأتي لتدعيم أهمية العلاج العائلي ولتزيد من عدد أتباعه في علاج مثل هذه الحالات. خاصة وأن

(١) Y. Davenport: Treatement of married bipolar pacient. 1981 / P. 123.

(٢) Psychologie clinique; G. Tonescu, ed. Academic 1986.

سبل العلاج الأخرى لم تستطع تحقيق الـكثير من التقـدم في هذا المجال.

هـذا وقـد حدد الباحثـون أساليب عديدة لتـطبيق مبـدأ العلاج العائلي وهي:

١ ـ العلاج المعتمد على شريك المريض.
٢ ـ علاج الأم المصابة بالذهان المزاجي.
٣ ـ العلاج العائلي التقليدي.

ولهذا التقسيم مبررات عديدة من بينها أن غالبية المرضى هن من النساء وأن الإصابة بهذه الذهانات تتم عادةً قبل سن الأربعين وكذلك عدم جدوى العلاج النفسي للمـريض بحـد ذاته[1]. وفيما يلي نتناول كل أسلوب على حدة.

١ ـ العلاج العائلي المعتمد على الشريك:

في الغالب تكون المرأة هي المريضة. ويلعب الـزوج دوراً أساسياً في علاج امرأتـه عن طريق متابعتـه لتـطبيق التعليمات الطبية في علاقتـه بالمريضـة. ولـكن أيضـاً عن طريق تحسين وسائـل الاتصـال بينهمـا وعـن طريق التحـكم. بالانفعالات السلبية (مثل النقد، الاتهامات، المواجهات... إلخ.

(١) شرحنا أسباب عدم جدوى العلاج النفسي المتوجه للمريض في مثل هذه الحالات. وذلك من خلال حديثنا عن العلاج النفسي للانهيار في كتاب الانهيار العصبي.

٢ ـ العلاج العائلي للأم:

إن الأمراض النفسية التي تتبدى لدى الأم، عندما يكون طفلها في مراحل طفولته الأولى، تنعكس على طفلها بقساوة بالغة دفعت بـأنتوني لاعتبارها عاملاً مهدداً لإصابة الطفل نفسه بالاضطراب النفسي والعقلي (راجع الأنماط العائلية الخطرة).

هذا وقد أثبتت دراسة لـ Cohler [1] أن إصابة الأم بالانهيار تنعكس على طفلها من خلال تباطؤ نموه الذهني وتأخر نضجه العاطفي إضافة لوجود ميول انهيارية لديه. وخاصة عندما يكون الطفل في مرحلة الرضاعة. وهذا الوضع اقتضى تحديد برنامج خاص هو التالي:

أ ـ دعم كل من الأم والطفل وتهيئتهما لمواجهة الحياة اليومية والالتزام بتناول العقاقير وفق التعليمات الطبية. وذلك منعاً للانتكاسات وإقراراً لعلاقة أفضل بين الأم والطفل.

ب ـ دعم الأم كي تستطيع إقامة علاقة عاطفية متبادلة مع طفلها. وذلك من خلال تعليمها لخطوات العناية بطفلها وبالتالي تعليمها كي تستجيب لحاجاته بطريقة مطابقة أو على الأقل قريبة من رغبات الطفل. وذلك من خلال فترة يومية

(١) B.Cohler: Distribuance of attention omong schizophrenie, depressed and well mothers. J. Young children. p. 133, 1977.

تخصص للعلاقة بين الأم والطفل (تجري برعاية المعالج عندما يقتضي وضع الأم ذلك).

ج - تحري واكتشاف العلائم والنشاطات المشتركة بين الأم والطفل. فهذه العلائم تعطي للأم شعوراً بالكفاية والراحة وتحسن مزاجها. (لأنها تفتح أمامها سبل التوظيف النرجسي).

د - دعم الأم كي تستطيع الإعراب عن حاجاتها العاطفية والعمل على تأمين هذه الحاجات فكفاية الحاجات العاطفية للأم من شأنه أن يجعلها أكثر كفاءة وقدرة على إقامة العلاقة العاطفية مع طفلها.

هـ - تخصيص جلسات علاجية فردية للأم. بهدف توعيتها وإقناعها بطبيعة ثنائية العواطف أمام طفلها (فهي تحبه وتكرهه في آن معاً). وبالطبع فإن العلاج يهدف إلى تدعيم مشاعر الأم الإيجابية نحو طفلها.

هذا ويرى Musick و Judith [1] أن تطبيق هذه الطريقة يعطي نتائج تجعل من نشر وتوسيع نطاق هذا العلاج أمراً غاية في الضرورة. إذ يلاحظ هذان الباحثان أن هذا العلاج يؤدي إلى تحسين قدرات المرأة على العناية بطفلها بحيث يصبح هذا الطفل متقبلاً لهذه العناية وبالتالي فإن رعايته تصبح أسهل. وهكذا فإن تربية هذا الطفل تصبح عادية وطبيعية مما يتيح له

(١) Judith et Musick: Posthospital treatement for psychotic depressed mothers and their young children. Grune statton 1981

فرص النمو والتطور الذهني وكذلك التعلم في ظروف طبيعية.

وينتهي الباحثان إلى الفول بأن من شأن هذا العلاج أن يقضي على الحلقة المفرغة المتلخصة بأن كلاً من الأم والطفل يمارسان على بعضهما ضغوطاً سلبية بحيث يأزم أحدهما وضع الآخر من الناحية النفسية. (وهذا طبعاً في حالة إصابة الأم بهذا المرض).

٣ ـ العلاج العائلي للإدمان

إن تبين دور العائلة في تشجيع أحد أفرادها على الإدمان وتحديد هذا الدور هو من الاهتمامات الجديدة في البحث النفسي. ولعل أهم النتائج في هذا المجال هي تلك التي عرضها معهد الأبحاث العائلية في بروكسل من خلال كتاب أصدره بعنوان «المدمن وعائلته»(١). ومن أقدم الملاحظات في هذا المجال أن الإدمان على أنواعه يخلف أسوأ الآثار على علاقة المدمن بعائلته ويتسبب لهما باضطرابات نوعية حادة في علاقاتهما. والحقيقة أن للاضطراب النفسي ـ العائلي (الناجم عن الإدمان) وجهان مختلفان هما:

١ ـ إن سلوك المدمن يختلف من موقفٍ لآخر ومن ساعة لأخرى. وذلك حسب تعاطيه لمادة الإدمان، شعوره بالرغبة في تناولها أو قدرته المؤقتة على الخلاص من تأثيرها. وهذا الاختلاف في مواقف المدمن يؤدي إلى إرباك العائلة وترددها

---

(١) Le Toxicomane et sa famille, ed. universitaires, 1983

ويجري العمل في مركز الدراسات النفسية والجسدية لترجمة هذا الكتاب إلى العربية.

في اتخاذ المواقف من المريض. فهو أحياناً عدائي بحيث تجب مواجهته وأحياناً سلبي لا يمكن التفاهم معه وأحياناً نادم يمد يده طالباً المساعدة.

والحقيقة أن انعكاسات الإدمان على سلوك المريض لا تلبث أن تتعاظم مع الوقت مؤثرة في موقفه ضمن العائلة وفي مقدرته على القيام بالأدوار المطلوبة منه (يؤدي الإدمان أحياناً إلى اضطرار المدمن للتخلي عن عمله وعن أدواره العائلية). مما يؤثر على مجمل مسار الحياة العائلية.

٢ ـ من ناحية أخرى فإن الصراعات العائلية الناجمة بسبب الإدمان يمكنها أن تتحول بدورها إلى عوامل ضغط نفسي تضاف إلى تلك التي دفعت بالمدمن للإدمان (كي يهرب من مواجهتها ووطأتها). فهذه الصراعات الجديدة تأتي إذاً لتكرس وتبرز الأعطال الأساسية في جهاز العلاقة الأسرية ولتضاف إليه.

والحقيقة أن علاج المدمن لا يقتصر على تخليصه من الحاجة للتعاطي وتعويده على البقاء فترة معينة دون تناول مادة إدمانه. فهذه الخطوة لا تمثل سوى جزءاً بسيطاً من العلاج ومقدمة له. ذلك أن العلاج الرئيسي للإدمان هو علاج نفسي، بالغ الصعوبة، يهدف إلى الحؤول دون العودة إلى تعاطي المواد المسببة للإدمان. وهذا العلاج كي يبلغ هدفه عليه أن يتيح للمدمن متابعة تطوره الإنساني انطلاقاً من المرحلة التي

اضطرب فيها هذا التطور وانقطع بحيث لجأ الشخص إلى الإدمان كوسيلة للهروب والتمرد على العوائق التي تمنع استمرارية تطوره الإنساني. ومما يزيد الأمور تعقيداً، وخاصة في مجتمعنا، أن دوافع الإدمان وبواعثه متنوعة وكثيرة بحيث تطال مختلف الأعمار والطبقات ومختلف أنواع الشخصية. إلا أن سمة مميزة لجميع المدمنين وهي الانهيار الذي يتظاهر بحدة في الفترات التي يخف أو يزول فيها مفعول الإدمان. وكثيراً ما يفكر المدمن في هذه اللحظات في اتخاذ القرار بالإقلاع عن إدمانه وأحياناً بالتوجه للمعالجة. ولكن المدمن في هذه الحالة، مثله مثل سائر المنهارين، يعتقد أن العلاج (النفسي بشكلٍ خاص) عاجز عن فهم معاناته وعن مساعدته.

وفي علاجنا للإدمان بمختلف أنواعه علينا أن نتوجه في جهودنا للأهداف التالية:

١ - إقناع المدمن بقدرته على تغيير مجريات بعض الأمور. فإذا ما توصل إلى هذا الاقتناع استطاع مواجهة الواقع بثقة أكبر بنفسه وبقدرته على مواجهة العوامل السلبية التي دفعته للإدمان بقصد الفرار من مواجهتها.

٢ - تحديد المرحلة التي تعرض فيها التطور الإنساني للمدمن إلى الاضطراب والتعرف إلى مسببات هذا الاضطراب وعوامله.

٣ - مساعدة المدمن على إعادة صلاته وروابطه

بالآخرين، وتعديل نظرته القاسية لهم بحيث يعتبرهم المدمن عاجزين عن مساعدته وفهمه وذلك بناءً على الصورة التي رسمها لهم في خياله مدفوعاً برغبته لرفض الواقع والهروب منه.

٤ ـ تعديل صورة الذات لدى المدمن. فهذه الصورة تكون قد تعرضت للتشويه على مراحل. أولها العجز عن متابعة التطور الإنساني ثم الشعور بالتبعية لمادة الإدمان وأخيراً الحالة الانهيارية الناجمة عن وضع المدمن وأحياناً عن مواد الإدمان.

٥ ـ تخليص المدمن من التبعية لمواد الإدمان.

مما تقدم يتبين لنا أن دور العائلة أساسي في دفع المدمن نحو الإدمان ولكنه أساسي أيضاً في تخليصه من هذا الإدمان. ولهذه الأسباب نلاحظ أن العلاجات الحديثة للإدمان تركز وبشكل أساسي على العلاج العائلي الذي يمكننا تلخيص خطواته الرئيسة على النحو التالي:

١ ـ مساعدة العائلة على التكيف مع وجود مدمن من بين أعضائها وإزالة مظاهر الشعور بالنكبة والخيبة حتى تتمكن العائلة من مواجهة هذا الوضع ومساعدة المدمن.

٢ ـ القضاء على الاتصالات السيئة داخل العائلة. والتي غالباً ما تكون السبب، في البداية، في تمرد الشخص على النظريات الأخلاقية التي تعتمدها العائلة. وذلك وصولاً

إلى الإدمان الذي يكون مظهراً من مظاهر هذا التمرد ليس إلا .

٣ ـ تعريف العائلة على الخطوات التي يجب اتباعها وصولاً للتخلص من التبعية لمادة الإدمان. وهذه الخطوات تختلف من شخص لآخر ومن مادة لأخرى.

٤ ـ تهيأة العائلة للاستمرار في قبول المدمن كفرد من أفرادها يتمتع بالحقوق والواجبات التي يتمتع بها سائر أفراد الأسرة. وبمعنى آخر مساعدة العائلة للمدمن كي يرمم صورة ذاته. وذلك عن طريق عدم إعطائه حقوقاً لا يتمتع بها غيره ولكن أيضاً عدم الإصرار على نقده، إشعاره بالذنب أو الشعور بأن عائلته مستعدة للتخلي عنه... إلخ.

٥ ـ تحديد عوامل الخطر العائلية (راجع الأنماط العائلية الخطرة) وعلاجها في حال وجودها.

يجب ألا نستنتج من خلال هذا العرض أن العلاج العائلي للمدمن هو علاج بسيط وسهل يمكن لأي معالج القيام به. فهذا العلاج يقتضي معرفة المعالج للاوعي الجماعي في المجتمع إضافة لتمرسه وخبرته في العلاج العائلي وعلاج حالات الإدمان. ومما يزيد في خطورة ظاهرة الإدمان وصعوبة علاجها أنها ماضية في الامتداد بشكل مقلق في مجتمعنا. فالإدمان اليوم يطال النساء كما يطال الرجال ويطال المراهقين (وصولاً للأطفال في بداية مراهقتهم) كما يطال البالغين. وبهذا فإن انتشاره يشكل تهديداً حقيقياً يجب التنبه له

وإيجاد الوسائل الوقائية له .

ونحن إذ نتكلم عن الإدمان فإننا نتكلم عنه كظاهرة نفسية يمكن تلخيصها بـ محاولة البحث عن مفر وهمي من الواقع . وهذا المفر يجده البعض في الكحول أو التدخين أو العمل[1] أو الجنس[1] أو المخدرات بأنواعها . . . إلخ وكلها مظاهرات إدمان .

(١) راجع إدمان العمل وإدمان الجنس في كتابنا الأمراض النفسية وعلاجها .

٤ ـ التعاون بين الطبيب النفسي والمعالج العائلي

إن تطور فهمنا للنفس الإنسانية ونتائج الأبحاث الحديثة في مجالها برهنت أن فصل العلاج النفسي عن العلاج الطبي ـ الدوائي هو فصل غير موضوعي. فنحن نعلم اليوم أن الانفعال النفسي مهما كان خفيفاً فإنه يؤدي إلى إفراز سلسلة من الهورمونات والناقلات العصبية التي تحدث خللاً في توازن الجسم. ومن الممكن أن نلجأ في الحالات البسيطة إلى اعتماد العلاج النفسي (بهدف إلغاء الانفعال وبالتالي إعادة التوازن للجسم) أو إلى اعتماد العلاج الدوائي (الذي يعيد التوازن للجسم بانتظار انتهاء أثر الانفعال). أما في الحالات المتطورة فإن فصل العلاج النفسي عن العلاج الدوائي هو موقف عبثي وغير مسؤول. وقد كرست العيادات النفسية المتطورة مبدأ العلاج متعدد الاختصاصات النفسية وبات الأطباء فيها يعملون جنباً إلى جنب مع معالجين نفسيين من مختلف الاختصاصات (محللين، استرخاء، تنويم، إدراكي... إلخ). وهذه العيادة تخطت بمراحل مبدأ المفاضلة، بين العلاج النفسي والعلاج الطبي، إلى مبدأ التعاون وتظافر الجهود بين الاثنين إذ أن كل واحدة منهما تدعم

جهود الأخرى وترسخ مباديءها.

وهنا لا بد لنا من استطراد بسيط منعاً لسوء التأويل أو التطبيق. فالعلاج النفسي المقصود هو العلاج الملتزم بنظريات ثابتة والمعالج المقصود هو المعالج الذي درس هذه النظريات بطريقة أكاديمية صارمة. **ونحن إذ نؤكد على هذه المسلمات فذلك تلافياً للآثار السلبية والعكسية التي يمكن أن تعطيها ممارسة التحليل النفسي الوحشي[1] والعلاج بالسحر وكذلك المعالجون الذين يقتحمون الميدان العيادي قبل أن تتوافر لديهم الشروط الدنيا لذلك.**

على أية حال فإن ترافق العلاج الطبي بالعلاج النفسي يوسع أبعاد العلاج ويتيح لنا سبر أعماق المريض بطريقة أأمن وأكثر دقة. وبنفس الطريقة فإن العلاج العائلي يأتي ليكمل العلاج الطبي ويدعمه وهذا ما أثبتته النتائج العيادية الموسعة. وقد عرضنا لبعض منها في الفقرات السابقة.

ومن خلال تطبيقات هذا العلاج الجامع يلاحظ الباحثان Cole [2] و Davis أن تأثير العلاج الدوائي يطال مظاهر عيادية

---

(١) يعتمد بعض المعالجين إلى تطبيق العلاج التحليلي دون أن يكونوا مجازين في هذا المجال مما يؤدي إلى مواجهة المريض بمكنونات لاواعية عميقة تحدث لديه رضات تعقد وضعه بدلاً من أن تشفيه. وهذه الممارسة مدانة قضائياً في الدول المتقدمة.

(٢) Davis, J. M.; Cole. J. O: Antipsychotic drugs. eds Baltimore in comprechensiv book of psychiatry p. 1921 1976.

(تصرفات شاذة) محددة دون غيرها. ولكن عندما يقترن هذا العلاج بالعلاج العائلي فإننا نلاحظ أن التحسن يطال سلوك المريض إجمالاً. هذا ويؤكد هذان الباحثان أن العلاج العائلي يعطي أفضل نتائجه عندما تتم السيطرة على المظاهر النفسية الهدامة عن طريق العلاج الدوائي.

وتأتي أبحاث أخرى لتؤكد أن العلاج العائلي يلعب الدور الأكبر في العلاج أثناء فترات خمود المرض (خارج أوقات النوبات) بحيث يؤدي إلى تحسين سلوك المريض وعلاقاته مع عائلته. كما أنه يساهم في إطالة فترة خمود المرض. ومن المعلوم أن العلاج الدوائي، المستمر في هذه الفترة، لا يمارس تأثيرات نوعية على سلوك المريض.

والحقيقة أن الجمع بين هذين العلاجين يحدث تغيراً أساسياً في مفهوم المسؤولية الطبية. إذ تتعدى هذه المسؤولية القضاء على المظاهر المرضية إلى موقف إيجابي يهدف إلى جانب ذلك إلى تحسين التصرفات السلوكية للمريض وإلى دور علاجي وقائي يهدف إلى تجنيب أفراد هذه العائلة الوقوع في حبائل الاضطراب؟ أو حتى المرض النفسي.

والعلاج الدوائي يهيمن هيمنة تامة أثناء النوبات الحادة للمرض. وفي هذه الفترة يقتصر دور العلاج العائلي على تدعيم أفراد العائلة وتهيئتهم لمواجهة النوبات وإعطاء الأدوية للمريض في أوقاتها. واستغلال فترة النوبة للتعرف على الخلل

العائلي وإصلاح الأجواء المنزلية من شأنه أن يدخل تحسينات نوعية على الآثار الإيجابية للدواء. من هنا نستنتج أن تضافر هاتين الطريقتين لا يؤدي فقط إلى إمكانية اعتماد كمية أقل من الدواء ولكنه يؤدي إلى نتائج علاجية أكثر تكاملاً. والتي لا يمكن أن نحصل عليها من خلال تطبيق أية واحدة منهما بشكل منفرد. فالجمع بين الطريقتين يتيح لنا تبين وإصلاح الأعطال على أكثر من مستوى وظيفي - نفسي. وإذا كان العلاج الدوائي يهدف إلى إصلاح الاضطراب البيولوجي فإن العلاج العائلي، ومن خلال توجهه للمريض كقطعة من القطع المؤلفة للجهاز العائلي، يهدف إلى إصلاح الجهاز ككل وتبين ما إذا كانت فيه قطع أخرى فاسدة من شأنها أن تؤثر في إحداث الخلل في القطعة المريضة (المريض) أو إذا ما كانت هذه القطع بحد ذاتها مريضة أو مهددة بالوقوع في حبائل المرض.

وبعد عرضنا للأوضاع المرضية التي يحتل فيها العلاج الدوائي الدور الأهم يأتي عرضنا للأوضاع التي يعجز فيها هذا العلاج عن هذا الدور فيتحول إلى ثانوي متيحاً مكان الصدارة للعلاج العائلي. ولعل أهم هذه الأوضاع هو ما يقع في نطاق علاج الأطفال. فالعلاج العائلي في حالة الطفل هو علاج لا يمكن تجاهله وهو يعطي في غالبية الأحيان نتائج غير متوقعة. ولكنه يمتاز بصعوبته البالغة لأن المرض النفسي عندما يصيب الطفل فإنه يلقي بتبعاته على العائلة أكثر منه على المريض. ومن المواقف المستغربة في مجتمعنا أن بعض العائلات تعمد

إلى إخفاء الطفل المريض عن الناس عوضاً عن التوجه نحو العلاج.

ومن الملاحظ أن مرض الطفل يولد جروحاً نرجسية عند الأم أكثر مما يولده عند الأب ففي مرحلة الطفولة يقع يقع الطفل في نطاق المسؤولية والملكية الأمومية. لذلك نلاحظ أن الأمهات يكن أكثر اندفاعاً وحماسة لعلاج الطفل. في حين أن الآباء يفعلون ذلك بدافع الواجب وهم يستسلمون بسهولة نسبية لمرض أطفالهم. وعلى أية حال فإننا سنفرد فقرة خاصة لعلاج الطفل العائلي في الفصل القادم.

الفَصْلُ الرّابِع

مَدارِسُ العِلاجِ العائِلي

١ ـ العلاج العائلي الجمعي .
٢ ـ العلاج العائلي السلوكي .
٣ ـ العلاج العائلي للنوبة .
٤ ـ العلاج العائلي للطفل .

كان فرويد أول المنبهين لأهمية العائلة ودور العلاقات العائلية في إحداث القلق لدى المريض. ولا تزال الآراء التحليلية هي المهيمنة على غالبية المدارس المختصة في العلاج العائلي. وهذه الهيمنة لا تقتصر على اعتماد المنهج التحليلي في تحديد أساس القلق، المولد للمرض وعلاجه ولكنها تمتد لتشمل اعتماد التقنية التحليلية المعروفة بالثنائية فالمعالج العائلي وإن توجه في علاجه لجميع أفراد الأسرة فهو ينظر لهم من خلال الثنائية التحليلية إذ ينظر للعلاقات العائلية على النحو التالي:

زوج ـ امرأة، أم ـ طفل، أب ـ طفل. إلا أن فرويد وبالرغم من تبنيه وتأكيده لتأثير المحيط، والعائلة خاصة، في إحداث الأعصبة فإنه شدد على حميمية العلاج وضرورة إجرائه بين المحلل والمريض بمعزلٍ عن تدخل أي شخصٍ آخر.

وعلى نفس النهج سار عدد من تلامذة فرويد ومدرسته وأهمهم أدلر، هورني وفروم. من هذا المنطلق نلاحظ أهمية توافر الثقافة التحليلية لدى المعالج العائلي.

إلا أن تفرد العلاج العائلي كطريقة علاجية خاصة، تجند أفراد العائلة لمساعدة المريض عن طريق تعديل سلوكهم وتحسين وسائل الاتصال داخل العائلة، لم يتم إلا في مطلع الستينات من هذا القرن وذلك على يد ثلاثة من كبار العاملين في حقل علم النفس وهم Midelfort و Ackerman و Bell وقد عمل كل منهم منفرداً وكان من الطبيعي أن يؤدي عملهم في ذات الاتجاه إلى وصولهم إلى نفس النتائج فاعتبروا بحق مؤسسي العلاج العائلي وإن كان أكيرمان أبعدهم أثراً بحيث لقب بـ أبو العلاج العائلي.

ومنذ ظهور هذه النظريات في بداية الستينات طرأت تعديلات كثيرة على أساليب العلاج النفسي عامة. فظهور العائلة وتكريسها كميدان علاجي جديد لفت إليها الأنظار بحيث تسابق الباحثون إلى تطبيق نظريات المدارس التي ينتمون إليها في الميدان العائلي. لهذا السبب نلاحظ تكاثر مدارس العلاج العائلي لدرجة تضطرنا لتقسيمها إلى فئات هي:

١ - العلاج العائلي الجمعي: وهي المدارس التي تعتمد مبدأ جمع أفراد العائلة وإجراء الحوار العلاجي بحضورهم. ومن هذه المدارس نذكر: **Ackerman** و **Bell** و **Zuk** **Satir**... إلخ.

٢ - العلاج عن طريق التعاون العائلي: وتعتمد هذه المدارس على إجراء علاج فردي للمريض مع توجيه بعض

أفراد عائلته للعلاج عند معالجين آخرين. ويطغى على هذه المدارس المنحى التحليلي.

٣ ـ العلاج العائلي ـ السلوكي P. Liberman.

٤ ـ العلاج النفسي المرتبط بالعائلة (Winnicot, Allen, Belmont).

٥ ـ العلاج العائلي المتخصص: إلى هذه الفئة تنتمي عدد من المدارس المهتمة بعلاج اضطراب معين. فهنالك العلاج العائلي للإدمان، للذهاني أثناء النوبة، للاضطراب الجنسي، للخلافات الزوجية... إلخ.

من خلال هذا الاستعراض الموجز يتضح لنا صعوبة الإحاطة بمدارس العلاج العائلي وبنظرياتها لذلك نجد أنفسنا مدفوعين لعرض أهمها مركزين على إيراد المراجع التي تساعد القارىء على التعمق في فهم هذه المدارس ومركزين أيضاً على العلاج العائلي للطفل. وذلك من خلال الفقرات التالية:

١ ـ نظرية أكيرمان والعلاج العائلي الجمعي.
٢ ـ العلاج العائلي السلوكي.
٣ ـ العلاج العائلي أثناء النوبة.
٤ ـ العلاج العائلي للطفل.
٥ ـ المدارس الحديثة للعلاج العائلي.

١ ـ العلاج العائلي الجمعي ـ نظرية أكيرمان

يعتبر Ackerman (وهو طبيب نفسي أميركي) بحق أبو العلاج العائلي. وهذا الدكتور يؤكد على الأهمية القصوى التي يلعبها التشخيص الدقيق في انتقاء الوسائل العلاجية المناسبة وبالتالي في الحصول على نتائج علاجية جيدة. وهذا التأكيد على أهمية التشخيص إنما ينبع من التفكير الطبي المهيمن على أكرمان بسبب دراسته وممارسته. ومثله مثل أي تشخيص فإن تشخيص الاضطراب العائلي يقتضي من المعالج معرفة العلائم التي تقرر طبيعية العائلة حتى يتمكن من تحديد وجود أو عدم وجود الاضطراب العائلي. ومن ثم يجب على المعالج معرفة أنواع الاضطرابات العائلية بغية إجراء التشخيص التفريقي وصولاً إلى تحديد تشخيص دقيق للحالة.

وقد عمل أكيرمان طيلة ربع قرن على تحديد اللوائح العيادية اللازمة لهذا التشخيص. وتوصل إلى النتائج التالية:

أ ـ **العوامل الواجب دراستها**: من خلال المقابلة مع العائلة والموجهة للتشخيص المرضي الذي يقرر مدى حاجة العائلة للعلاج. وهذه العوامل هي:

١ ـ النواة الحيوية والمفهوم الثقافي لظاهرة العائلة الإنسانية. ومن ثم مدى تطابق نظرة أفراد العائلة مع هذه الأسس والتزامهم بها.

٢ ـ المظاهر المشتركة في العائلات الإنسانية وفي عائلات الحيوانات المتطورة. ومعرفة هذه المظاهر تتيح لنا التفريق بين التصرفات الغريزية لأفراد العائلة وبين تصرفاتهم المكتسبة التي تقتضي التحليل لمعرفة مدى كونها مرضية.

٣ ـ تكيف العائلة مع المجتمع وقدرتها على التكامل فيه ولكن أيضاً موقف المجتمع من العائلة ومدى تقديماته لها.

٤ ـ دور القيم والتقاليد في حماية النظام الأسري. ومدى خروج العائلة أو أحد أفرادها على هذه القيم.

ب ـ **أهداف العلاج العائلي** يجب أن توجه نحو:

١ ـ تصحيح العلاقات الانفعالية المضطربة بهدف تحسين الوضع النفسي للعائلة ككل ولأعضائها كأفراد.

٢ ـ تدعيم الفرد وتقويته كي يستطيع مواجهة المواقف الهدامة سواء تلك النابعة من داخله أو الصادرة عن الجو العائلي.

٣ ـ تدعيم إمكانيات العائلة في التكتل وصولاً إلى وضع عائلي طبيعي.

ج ـ **خطوات العلاج العائلي**: وصولاً إلى هذه الأهداف

ينصح أكيرمان بالخطوات التالية :

١ ـ مساعدة العائلة للتعرف بوضوح إلى محتوى الصراعات القائمة بداخلها والأسباب الحقيقية لهذه الصراعات .

٢ ـ الحؤول دون امتداد الصراعات العائلية لتطال جوانب جديدة من العلاقات العائلية دون مبرر .

٣ ـ إلغاء الأحكام المسبقة والافتراضات الخاطئة تجنباً لوقوع أحد أفراد العائلة ضحية صراعاتها . فهذه الأحكام والافتراضات هي التي تدفع عادةً إلى نقل الصراع .

٤ ـ إعادة تصحيح الوضع العائلي للحؤول دون وقوع بعض أفراد العائلة موقع الظلم بتحملهم القسط الأكبر من آثار صراعاتها .

٥ ـ نقل الصراعات الشخصية الخفية إلى مستوى التعامل الشخصي حتى تتمكن العائلة من وعيها والمعالج من تشخيصها وعلاجها . ويتم هذا النقل بدعوة أفراد العائلة للتصارح .

٦ ـ العمل على توضيح وتكملة المشاعر المتبادلة المرافقة لتعامل أفراد العائلة مع بعضهم . كل من خلال موقعه .

٧ ـ تضييق شقة الخلاف والفراغات الموجودة في

أساليب وهيكلية التعامل داخل العائلة وذلك اعتماداً على شخصية المعالج .

ولإكمال تصور أكيرمان للموقف العلاجي نقول بأنه يرى أن على المعالج أن يعمل لبلوغ هذه الأهداف بطريقة حاسمة ومتسلطة بحيث لا يضيع الوقت في شرح التفاصيل العلاجية . وعلى المعالج ، أن يركز اهتمامه على العوارض والتصرفات العارضة (الهفوات) مركزاً بشكل خاص على الدوافع الجنسية ، العدائية والذوبانية في العائلة والتبعية المطلقة لها .

إلا أن المعالجة V. Satir [1] ، التي نحت منحى أكيرمان ، تختلف معه من حيث أهمية المظاهرات اللاواعية (جنس ، عدائية ، تبعية) والدور المعطى لها . وهي تفضل اتباع وسائل أخرى غير تحليلية .

أما المعالج G. Zuk [2] فهو يؤكد على دور المعالج متخيلاً هذا الدور في صلب العلاج بل في صلب الصراع العائلي . إذ يدعو المعالج إلى لعب دور مزدوج هو دور الوسيط ـ الحليف الذي يبعد الانفعالات عن المواقف المرضية بين أفراد العائلة . وهذا الدور يقتضي موقفاً قاسياً من قبل المعالج من شأنه أن يدفع أفراد العائلة إلى تحمل مسؤوليتهم

(١) **Satir Virginia**: Conjoint family psychotherapy. Grume - stratton 1973.

(٢) **Zuk Gerald** : Family therapy: A Triadic - Based approach. New York. 1971.

في الاضطراب العائلي وبخاصة مسؤوليتهم في حال وجود مريض في العائلة.

وأخيراً فإن المعالج J. Bell [1] يركز جهوده على تحسين وسائل الاتصال بين أفراد العائلة ويرى في تسهيل هذه الاتصالات عنصراً أساسياً في العلاج.

---

(١) **Bell Jhon F**: A theoretical position for family group therapy in family process.

٢ ـ العلاج العائلي السلوكي

مؤسس هذه المدرسة هو الدكتور ليبرمان[1] الذي عمد لتطبيق المبادىء العلاجية السلوكية في الميدان العائلي. ونستطيع تلخيص نظرية ليبرمان بالقول أنها تهدف إلى تغيير الظروف والملابسات التي يستطيع المريض من خلالها أن يحصل على اهتمام عائلته ورعايتها له. وبمعنى آخر فإننا عندما نتصدى لعلاج النوبات الهيستيرية لدى مريضة ما فإن علاجنا يجب أن يتوجه في قسم منه إلى عائلتها. وتكون الخطوة الأولى تحديد حاجات المريضة والمكاسب التي تحققها من خلال النوبة (الشعور بالعطف، الملكية، الاستعداد للعفو... إلخ) ومن ثم إدخال تعديلات على العلاقات العائلية بحيث تتوصل المريضة إلى هذه الأهداف عن غير طريق النوبة وذلك حتى تتوصل إلى نتيجة مفادها أنه لا لزوم للنوبة حتى تتوصل المريضة إلى تعويض نواقصها العاطفية.

والمعالج السلوكي العائلي يركز اهتمامه إذاً على خلق

---

(١) **Liberman R. P**: Behavioral approaches to family and comple therapy, in sager and Kaplan.

الأجواء العائلية الملائمة للمريض ويدرب العائلة على خلق هذه الأجواء بمعزل عن السلوك المرضي للمريض. ويشدد ليبرمان في علاجه على ثلاثة نقاط تقنية مهمة هي:

١ ـ خلق أجواء التعاون الإيجابي بين المعالج والعائلة والحفاظ على هذه الأجواء. مما يتيح للمعالج أن يلعب دور الداعم ودور المثال.

٢ ـ وضع تشخيص دقيق للاضطرابات داخل العائلة، من وجهة نظر سلوكية.

٣ ـ تطبيق مبادىء العلاج السلوكي لإصلاح هذه الاضطرابات.

هذا ويختلف ليبرمان مع بقية السلوكين من حيث تأكيده على أهمية قيام علاقة وثيقة بين المعالج والمريض. هذه العلاقة التي يميل السلوكيين عادةً لتحجيمها والتقليل من أهميتها. وبعد إقامة هذه العلاقة يعمد المعالج إلى سؤال أفراد العائلة عن التغيرات التي يتمنى حدوثها في العائلة وفيه شخصياً. ويستخدم المعالج هذه المعطيات كنقطة انطلاق لعلاجه السلوكي للعائلة. وتأتي المرحلة الثانية للعلاج حيث يعمد المعالج إلي تحديد السلوك المرضي للعلاقات داخل العائلة. وفي سبيل ذلك يمكن للمعالج اللجوء إلى الطلب من المريض القيام بتقليد أحد أفراد العائلة أو المعالج. وتسمى هذه الطريقة بإعادة إحداث السلوك ويمكن إجراؤها مع جميع

أفراد العائلة إذا دعت الحاجة . وبعد ذلك تأتي الخطوة الثالثة والأخيرة وهي مساعدة أفراد العائلة على تخطي العلائم المرضية في سلوكهم داخل العائلة .

٣ ـ العلاج العائلي أثناء النوبة

تعود بداية هذا العلاج إلى العام ١٩٦٤ حين أنشأ D. Langsley فرع العلاج العائلي في مستشفى كولورادو النفسي وذلك بالتعاون مع D. Kaplan وكان هذا الفرع مخصصاً لعلاج العائلات التي تضطر لإدخال أحد أعضائها إلى هذا المستشفى. فمن خلال خبرته الواسعة لاحظ Langsley أن إدخال المريض إلى المستشفى إنما يعني بالنسبة للعائلة فقدان أحد أعضائها ووضعها في مجابهة اجتماعية غالباً ما تعقد وضع العائلة وتزيد في ضغوطاتها التي قد تكون هي السبب الأساسي لمنشأ المرض أو النوبة عند المريض. والتدخل العلاجي في هذه الظروف هو بمثابة رفض للفكرة القائلة بمساعدة العائلة كي تحل مشاكلها بنفسها[١].

وهذا العلاج يقتضي تدخل فريقٍ من الاختصاصيين المدربين وأصحاب الخبرة الواسعة في هذا المجال. وهو مؤلف من سبعة خطوات هي التالية:

---

(١) **Langsley, D. Kaplan,** D : The treatment of families in Crisis New York, Grun - stzatton, 1968.

١ ـ تقديم المساعدة الفورية للعائلة . (إدخال المريض للمستشفى والمباشرة في علاجه وكذلك علاج ردات الفعل لدى أفراد العائلة التي يمكن أن تتجلى بمظاهر قلق ، انهيار ، كآبة . . . إلخ والتي قد تقتضي أحياناً علاجاً دوائياً) .

٢ ـ تحديد الأزمة المؤدية للنوبة وتعريفها وشرحها أمام أفراد العائلة .

٣ ـ تركيز الاهتمام على الأزمة الحالية دون الدخول في تفاصيل التصرفات اللاواعية وشروحاتها .

٤ ـ إعطاء النصائح العامة ولكن الدقيقة لأفراد العائلة .

٥ ـ إعطاء مهمات خاصة لأفراد العائلة .

٦ ـ تعريف الصراعات وتوزع الأدوار داخل العائلة .

٧ ـ تحديد الخطوات اللازمة لتجنب الأزمات المستقبلية .

وهذا العلاج يكون مكثفاً لمدة يومين وقد يمتد لبضعة أسابيع بالنسبة لأفراد العائلة الذين يقتضي وضعهم العلاج . ويتم هذا العلاج من خلال جلسات عائلية يجري بعضها ، واحدة على الأقل ، في منزل العائلة .

٤ ـ العلاج العائلي للطفل

مع تطور وسائل الاتصال بالطفل، ومع تحول ألعابه إلى لغة خاصة يفهمها الاختصاصيون ويصنعون اللعب على أساسها لتستجيب لرغباته، حقق العلاج العائلي للطفل قفزات جديدة وتمايز عن أشكال العلاج العائلي المعروضة في الصفحات السابقة. فمع بدايات السبعينات نشأت مدارس جديدة لعلاج الطفل وتعمقت الممارسات التطبيقية لمدارس كانت موجودة قبل هذا التاريخ. وفيما يلي عرض لأهم هذه المدارس نبدأه بملاحظة للاختصاصي الأميركي F. H. Allen إذ يقول بأن الطفل وإن استجاب للعلاج العائلي والنفسي إلا أنه يبذل جهده لرفض إدخال التعديلات على حياته وعلى علاقاته. وإذا كان بعض الأطفال يعارضون التغيير بصراحة ويرفضونه بطريقة مباشرة فإن أطفالاً آخرين يرفضون هذه التغييرات مباشرة. سواء برفضهم التعاون أو بإظهار عدائيتهم تجاه المعالج أو من خلال دخولهم في اللعبة مع المعالج بحيث يحاولون عن طريق التقرب واللطف أن يشلوا إمكانيات التغيير. وقد ذكرنا في فقرة الأب ذو الميول المعادية للمجتمع

في فصل الأنماط العائلية الخطرة حالة فتاة في التاسعة فاجأت المعالج بلطفها (. . .) .

أما عن المدارس التي سنتناولها فهي التالية :

١ ـ العلاج التحليلي للطفل .
٢ ـ العلاج غير الموجه .
٣ ـ العلاج الطفلي القصير الأمد .
٤ ـ العلاج الجماعي ـ الابني .

١ ـ مدرسة العلاج التحليلي للطفل :

كنا قد أشرنا في مواقع عديدة من هذا الكتاب إلى الدور الذي لعبه التحليل النفسي ومؤسسه فرويد في التركيز على أهمية الاضطراب النفسي ـ الطفولي وأهمية علاجه . كما أشرنا إلى أنه وإن لم يمارس العلاج العائلي إلا أنه كان أول من أبرز النقاط والأهداف التي يجب أن يتوجه لها مثل هذا العلاج .

ومما لا شك به أن تغييرات عديدة طرأت على وجهة النظر الأساسية في هذا المجال . فقد طور عدد من أتباع المدرسة التحليلية بعض هذه المبادىء (وإن اختلفوا فيما بينهم) . كما أن عدداً من الأبحاث والاكتشافات العلمية ساعدت على توضيح عددٍ من الرؤيات التحليلية ـ وللإيجاز فإننا سنقوم بعرض آراء المحللين العاملين في هذا المجال الذين استطاعوا أن يرسوا وجهات نظر مقبولة في الأوساط

العلمية وصالحة للتطبيق العيادي. وعليه فإننا سنعرض لآراء كل من David Winnicott, Anna Freud, Melanie Kleine ، وكذلك رأي عدد من المحللين المحدثين.

ـ نلاحظ تركيز أتباع مدرسة **ميلاني كلاين** على اللعب عند الأطفال من منطلق أنه وسيلة الاتصال الأفضل بالطفل. ويرى هؤلاء أن الألعاب التلقائية للطفل تعكس صراعاته، أحاسيسه وميوله وهي بالتالي بديل ذو قيمة لتداعي الأفكار الذي تعتمد عليه في تحليل البالغين. ومن الجدير بالذكر أن كلاين تخطت المرحلة الأوديبية لتبحث في المرحلة ما قبل الأوديبية وبناءً على أبحاثها فإن عصاب الهجر (خوف الرضيع من هجر أمه له) هو المسؤول عن عدد من اضطرابات الشخصية لدى الأطفال والبالغين.

ـ يلاحظ أن أتباع **آنا فرويد** يتحفظون كثيراً على مبدأ التداعي الحر للأفكار بالألعاب. ولهذا التحفظ مبرراته ذلك أن الجهاز العصبي غير المكتمل لدى الطفل قد يؤدي إلى قيامه بمجموعة من الحركات والأفكار العشوائية غير المنتظمة التي لا يمكننا الاستناد عليها في تحليلنا لصراعات الطفل وأحاسيسه.

ـ أما الباحث ـ المحلل **وينيكوت** فهو يخرج عن الإطار التقليدي للتحليل النفسي إذ يعتقد بإمكانية إجراء علاج معمق وذو نتائج أكيدة، في بعض الأحيان، من خلال جلسة علاجية

واحدة . وفي هذا المجال يذكر Winnicott [1] حالة طفلٍ ثائر وصعب الاحتمال سواء في البيت أو في المدرسة . وقد أخضعه لاختبار يقتضي أن يقوم المعالج بسرعة برسم شكلٍ معين يستطيع الطفل لو أراد أن يحوره ومن ثم يأتي دور الطفل في الرسم بحيث يتدخل المعالج محوراً رسمة الطفل[2] . وخلال ذلك يتحدث كل من الطفل والمعالج عما تعنيه لهم هذه الرسوم وعن مجمل ما يدور بخاطرهم . وذلك بحيث يدرب المعالج الطفل ويشجعه على الإعراب عن خواطره وصراعاته ولكن أيضاً ذكرياته . وفي بداية الجلسة أظهر هذا الطفل علائم مقلقة تعكس عصبية مبالغة وتثبت أنه يشك في عواطفه العميقة . ومع تقدم الجلسة استطاع الطفل تدريجياً أن يستعيد ثقته بنفسه وأن يتابع اللعبة بقدرٍ أقل من التوتر . وخلال هذه اللعبة تمكن الطفل من تذكر حلم ذو مغذى تحليلي مهم . وكان هذا الحلم بشكل كابوس . كما استطاع الطفل أن يتذكر أجواء وملابسات وزمان الحلم فكان في الفترة التي ولد فيها أخويه التوأمين . وكان هذا الحدث قد تسبب في هزة عنيفة له . ويتابع Winnicott قائلاً : يبدو أن التطهير (تحرير المكبوتات) قد أعادا الطفل إلى الفترة التي كان راضياً فيها عن علاقته بأمه وشاعراً بالاطمئنان والثقة من خلال هذه العلاقة التي ما لبثت وإن

(١) **Winnicott, D. W**: A psychotherapeutic consullation in child psychiatry: A comparative studie of the dynamic processes. ed Basic books, 1971.

(٢) تسمى هذه التقنية بـ Squiggle أو الخربشة غير المفهومة .

اضطربت مع قدوم التوأم. ولعل تذكر هذه التفاصيل قد أتاحا للطفل تحديد الحاجز الذي منعه عن متابعة نموه فتخطاه الطفل معتمداً سلوكاً جديداً أدى إلى تحسين تصرفاته وجعلها أكثر ملاءمة.

هذا ويؤكد Winnicott على ضرورة مساعدة الطفل لاكتشاف ووعي الحاجز الذي كان السبب في إعاقة نموه وتطوره. خاصة وأن هذا الوعي كثيراً ما يشجع الطفل على تخطي هذا الحاجز ومتابعة تطوره بشكل طبيعي وفي نفس الوقت يزيل التصرفات التي يشكو منها الأهل والتي تكون السبب في توجيه الطفل نحو العلاج.

ونحن إذ نركز على آراء هذا الباحث وتجاربه فمرد ذلك إلى النتائج التي استطاع تحقيقها والتي جعلت منه واحداً من أشهر العاملين في مجال طب الأطفال النفسي[1]. وبالرغم من نشأته التحليلية فإنه يورد المبادىء التالية في علاج الأطفال:

١ - بالإمكان تحقيق تغيرات أساسية شخصية الطفل دون الالتزام الكلي بالمبادىء التحليلية.

٢ - يمكننا علاج الطفل من خلال عددٍ محدود من الجلسات. قد لا يتعدى الجلسة الواحدة (كما في المثال المذكور أعلاه).

---

(١) **D. W. Winnicott:** De la pediatrie a la psychanalyse, ed payot, Paris, 1983.

٣ ـ يعتمد Winnicott على قدرة الطفل على البوح بمعاناته دون تحفظ ودون أن يكون هذا البوح مقدمة لعصاب النقلة (أي تعلق المريض بالمحلل كما في حالة البالغ).

٤ ـ في علاج الأطفال علينا أن نتجنب التعمق في تفسير الأحلام أو المواقف التحليلية فهذه التفسيرات لا تتمتع بالأثر العلاجي (كما في حالة البالغ). ولكنها تهدف ببساطة إلى تعريف الطفل إلى التجارب التي شكلت حواجز وعوائق أمام تطور شخصيته.

وفي النهاية نعرض لآراء عدد من المحللين المحدثين الذين اقتنعوا بأن التحليل النفسي قادر على تعميق النظريات الحديثة وتدعيم نتائجها. من هنا كانت المزاوجة بين التحليل وبين عدد من المدارس النفسية الحديثة ومن بينها علاج الطفل المرتبط بعائلته. وفي هذا المجال نود التركيز على آراء كل من H. S. Belmont و Olivier Marc إذ يعارض Belmont طريقة Winicott في العلاج من منطلق أنه لا يكفي أن تحدد حواجز التطور الكمية والنوعية، التي صادفها الطفل بسبب التأثير السلبي لمحيطه، كي نتوصل إلى محو هذه الحواجز والآثار المترتبة عليها. من هذا المنطلق يعرض Belmont لطريقة علاجية يسميها بالنشطة ـ الوراثية Dynamique - Genetique . ويختلف تطبيق هذه الطريقة باختلاف الهدف المتوخى من العلاج النفسي للطفل. هل هو إعادة تنظيم شاملة لشخصية

الطفل[١]؟ أم علاج مظاهر مرضية محددة[٢]؟ . . . إلخ . وعليه فإن Belmont يولي أهمية خاصة لمقدرة المعالج على تشخيص الاضطراب النفسي لدى الطفل قبل المباشرة في علاجه . إذ يعتبر أن العلاج معرض للتوجه الخاطىء ما لم يرتكز على تشخيص محدد للحالة المرضية .

- يميل عدد من المحللين المعاصرين إلى العودة باضطرابات الطفل النفسية إلى مرحلة ما قبل الولادة . وذلك بعدما أثبتت الأبحاث أن الجنين يقضي معظم حياته داخل الرحم في حالة من النوم العشوائي الحالم[٣] . ويميل هؤلاء من بينهم إلى رد أحلام الماء والاختناق والسباحة إلى مرحلة ما قبل الولادة . ومن هذا المنطلق فإنهم ينصحون بعلاج آثار التجارب السلبية التي مر بها الجنين والرضيع الحديث الولادة . إلا أن هذه النظرية لا تزال في بداياتها لذلك فإن مبادئها العلاجية لم تتبلور بعد .

٢ ـ مدرسة العلاج غير الموجه :

على عكس المدارس السابقة فإن Carl Rogers لا يعلق

---

(١) في هذه الحالات يأخذ العلاج منحنى تحليليا صرفا ومن هذه الحالات محاكاة تصرف مرضي منقول عن المحيط أو التماهي والتوحد بشخصية مريضة (راجع وجود مريض في العائلة في الفصل الأول من هذا الكتاب) .

(٢) مثل حالة العدائية التي عالجها Wincott في الفقرة السابقة أو اضطرابات النطق أو السلس البولي . . . إلخ .

(٣) انظر ذكاء الجنين في هذه السلسلة ـ أحلام الجنين .

كبير الأهمية على تشخيص الاضطراب الذي يعانيه الطفل. ذلك أن الطفل يملك الحلول المطلوبة لعلاج هذا الاضطراب ولعلاج مشاكله (وهذا افتراض شخصي لـ Rogers وأتباعه V. Axline). وعلى هذا الأساس يقتصر دور المعالج على تفهم الطفل ومساعدته للإعراب الصريح عن حقيقة مشاعره وانفعالاته. وأحياناً يضطر المعالج للتدخل بهدف تحديد هذه الانفعالات وتوضيحها.

وتصر الباحثة Virginia Axline أنه ليس من واجب المعالج تعريف أو تشخيص الاضطراب الطفولي كما ترفض فكرة توجيه العلاج من قبل المعالج (من هنا الاسم: العلاج غير الموجه) فهي ترى أن على المعالج أن يترك للطفل توجيه العلاج في الاتجاه الذي يراه مناسباً. وعلى المعالج متابعة الطفل ومساعدته على وضع الحدود الضرورية كي تبقى ممارسات الطفل وثيقة الصلة بالواقع وكي يعي الطفل مسؤوليته الواقعية في علاقاته بالآخرين.

والحقيقة أن مبدأ ميل الفرد لتحقيق ذاته هو أساس هذه المدرسة العلاجية. وتعتبر Axline [١] أن رغبة الطفل في تحقيق ذاته تعطيه من القوة ما يكفي لدعم نزعاته الاستقلالية، التلقائية ولدعم خطواته نحو النضج. وهذه الأمور يمكن أن

(١) **Virginia Axline**: Play therapy, Boston: Hougthon Hifflin 1947.

تنمو وتتطور بطريقة متناسقة إذا ما أتيح للطفل مجال النمو المطرد دون عوائق.

٣ ـ العلاج الطفلي القصير الأمد:

ومؤسس هذه المدرسة Gerald Weinberger [١] يرى أن غالبية مدارس العلاج الطفولي متأثرة بالمنهج التحليلي مما يعيق العلاج ويعقده بحيث يدوم فترات طويلة ويواجه بعقبات شتى منها صعوبة الاتصال بالطفل وضرورة التقرب منه إضافة لتعقيد الجهاز النفسي ـ الداخلي وصعوبة اختراقه. إلخ وهكذا فإن واينبرغر يقترح طريقة علاجية من شأنها إعطاء النتائج السريعة ومن هنا تسميتها بالعلاج قصير الأمد.

وتعتمد هذه الطريقة تحديد مدة العلاج بفترة تتراوح بين ٤ و ٦ أسابيع أما عدد الجلسات فهو لا يزيد على اثنتي عشرة جلسة علاجية. بما فيها الجلسات مع الأهل. وبما أن الأهل هم الذين يتخذون قرار توجيه الطفل نحو العلاج فإن معالج هذه الطريقة يستمد تشخيصه من أقوال الأهل وملاحظاتهم (مع مساعدتهم على أن يكونوا أكثر موضوعية عن طريق شرح وتفسير بعض المظاهر التي يوليها الأهل أهمية أكثر من اللازم). أما عن هدف العلاج فيحدده المعالج من خلال

(١) **Gerald Weinberger**: Brief therapy with children and their parents. in Harvey barten ed. New York, Bchavioral publications, 1971.

الطلب إلى الأهل أن يعربوا وبوضوح عن النتائج التي يتوخونها من هذا العلاج .

هذا وتختلف طريقة واينبرغر عن الطرق التحليلية والطرق غير الموجهة من خلال عدم تصديها للصراعات الكامنة لدى الطفل واكتفاءها بعلاج المظاهر المتبدية بوضوح (والتي يلاحظها الأهل) في سلوك الطفل. وهذا العلاج يتصدى للعلاقات العائلية من خلال تقييمها على أنها ناجمة عن اختلاف أعضاء العائلة في نظرتهم للحياة المشتركة فيما بينهم . وبمعنى آخر فإن واينبرغر وأتباعه يعتبرون أن الاضطراب العائلي إنما ينجم عن سوء التعاطي والاتصال بين أفراد العائلة . وهم يهملون الصراعات النفسية اللاواعية التي يمكن أن تكمن وراء الاضطراب العائلي . وعلى هذا الأساس يتوجه العلاج القصير الأمد نحو إحداث تغييرات في أسلوب التعاطي المباشر بين أفراد العائلة . وهذا من شأنه ، في رأي واينبرغر، أن يؤدي إلى تغيير الأحكام ، المواقف والفكرة التي يكونها كل فرد من أفراد العائلة عن ذاته وعن بقية الأفراد. ومن هذا المنطلق ترفض هذه المدرسة مبدأ اعتبار الطفل بمثابة ضحية للصراعات اللاوعية لأفراد عائلته . بل تعتبر الطفل كعضو إيجابي في العائلة يواجه مشاكل سوء اتصال مع أفراد عائلته ومن هنا فإن العلاج وفق هذه الطريقة يتلخص بأن يوحي المعالج لكل من الأهل والطفل بالطريقة المثلى التي تمكن كل منهم من الحصول على ما يرمي إليه من بقية الأطراف. وهذا

طبعاً بعد مساعدة جميع الأطراف على حسن تحديد إمكانيات الأطراف الأخرى. وذلك بحيث لا يطلب الطفل من أهله مطالباً تتعدى حدود قدراتهم الفعلية والعكس بالعكس. بهذه الطريقة يتوصل العلاج إلى التخفيف من حدة القلق وصولاً للقضاء عليه وعلى مظاهره المتسببة في شكوى الأهل. وذلك في فترة قياسية في قصرها.

٤ ـ العلاج الجماعي ـ الابني Therapie Filial :

وتستوحي هذه المدرسة مبادءها من مدرسة Rogers (التي سبقت الإشارة إليها) تعتمد هذه المدرسة على إجراء جلسات جماعية للأهل (مجموعات من ٦ ـ ٨ أشخاص) يتم خلالها تعليمهم لمبادىء العلاج باللعب وأساليب تطبيق هذا العلاج على أطفالهم.

وتجري هذه الجلسات بمعدل جلسة واحدة أسبوعياً مدتها ثلاثون دقيقة. فإذا ما توصل الأهل لاستيعاب هذه الطريقة العلاجية طلب المعالج إليهم تطبيقها على أطفالهم مع تسجيل الملاحظات التي تجري مناقشتها مع المعالج ومع بقية الأهل في جلسات أسبوعية تدوم خمسة وأربعون دقيقة أو أكثر. وبعد فترة قد تطول أو تقصر (تبعاً لثقافة الأهل وحدة الاضطراب الطفولي) يصبح الأهل قادرون على المتابعة دون مساعدة المعالج. خلال هذه المدة يكون العلاج مركزاً حول فكرة مساعدة الطفل وتشجيعه لاتخاذ قراراته بنفسه. فالإعراب

الحر عن الرغبات وتحمل مسؤولية القرار من شأنهما أن يخففا من الضغوط النفسية الناجمة عن الصراع الداخلي للطفل. ومن خلال الألعاب على الأهل أن يفهموا الطفل أنهم قادرون على فهمه وفهم ميوله وحاجاته ولكن عليهم في الوقت عينه أن يفهموه أن لهم بدورهم حقوقهم ورغباتهم التي لا تمنع الطفل من ممارسة رغباته ولكنها تضع لها الحدود.

وتمتاز هذه الطريقة بأنها تعيد الثقة للأهل بقدرتهم على تربية الطفل بل وفي علاج الاضطرابات العاطفية لديه. هذا في حين أن بقية الطرق العلاجية تجعل الأهل يحسون بمشاعر الذنب أمام أطفالهم أو بعدم كفاءتهم لتربيتهم دون إشراف الطبيب أو المعالج النفسي.

المراجع

١ - Ackerman,N.W:Familydiognosis and Clinicalprocess in: American handbook of psychiatry (S. Arieti ed.) New York, Basic books, 1974, vol. 1, 31 - 52.

٢ - Anthony, E. J., Benedek, T. (eds.), Despression and Human existence, Boston, little, Brown, 1975.

٣ - Bowen. M., Family therapy after twenty years, in: American handbook of psychiatry (S. Arieti ed.) New York, Basic books, 1975, vol. V, 367 - 392.

٤ - Brown, G. W., Birley, J. L, T., Wing, J. R., Influence of family life on the course of schizo - phernic disoeders: A replication, „ Br. J. Psychiatry„ , 1972, 121, P. 241 - 258.

٥ - Cohier, B. et al., Disturbance of attention among schizophrenic, depressed and well mothers and their young children, „ J. Child psychiatry„ , 1977, 18, P. 115 - 135.

٦- Davenport, Yolande, Treatment of the Married bipolar pacient in conjoint cuples psychotherapy groups, in: Family therapy and Major psychopathology (M. R. Lansky ed.), New York, London, grune - stratton, P. 123 - 144.

٧- Davis, D. I., Special problems in family therapy posed by alcohol abuse, in: Family therapy and major psychopathology (M. R. Lansky, ed.), New York, London, grune - stratton, 1981, P. 231 - 248.

٨- Davis, J. M., Cole, J. O., Antipsychotic drugs, in: Comprehensive textbook of psychiatry, A. M. Freedman, H. I. Kaplan, B. J. Sadoc, eds. Baltimore, Williams - Wilkins, vol, II, P. 1921 - 1941.

٩- Doane, J. A. et al., Parental communication deviance and affective style,,, Arch. Gen. Psychiatry,, 1981, 38, P. 679 - 685.

١٠- Falloon, I. R. H., Communication and problem - solving skills training with relapsing sechizophrenics and their families in: Family therapy and major psychopathology (M. R. Lansky ed.) New York, London, grune - stratton, 1981, P. 35 - 56.

١١- Foley, V. D., Family therapy, in: Gurrent

psychotherapies (R. J. Corsini et al. eds.) Itasca, ilinois, F. E. Peacock publishers, 1978, P. 460 - 499.

١٢ - Gendlin, E. T., The Newer therapies, (n: American handbook of psychiatry (s. Arieti, ed.) New York, Basic books, 1975, Vol. V, P. 268 - 289.

١٣ - Goldstein, M. J., Family therapy during the aftercare treatment of acute schizophrenia in: The psychotherapy of schizopherenia, (J. Strauss et al., eds.) Plenum Press, New York, 1981.

١٤ - Haley, J., Family therapy, in: Comprehensive textbook of psychiatry (A. M. Freedman, H, I, Kaplan, B. J. Sadock eds.), Baltimore, Williams - Willkins, 1976, P. 1881 - 1886.

١٥ - Lonescu Aurelia, The family of the schizophrenic patient - a clinical psychological study from psychologie,, 1983, 27, I, P. 73 - 86.

١٦ - Ioescu, Aurelia, The psychiatrie patient's family and its psychological problems, ,, Revue roumaine des sciences sociales, serie de psychologie,, 1981, 28, 2, P. 153 - 166.

١٧ - Ionescu, G., Predescu V., Family psychotherapy - The pattern of Groap psychotherapy, in: Psychiatry -

the Vth. World congress of psychiatry,,. Mexico, 1971, P. 434 - 438.

١٨ - Kovel, J., A complete guide to therapy. From psychoanalysis to Behavior modification, New York, pantheon books, 1976.

١٩ - Milea St. si col., Chestionar - screening aplicabif in studiile de epidemiologie a bolilor psihice la populatia din mediul urban, ,,Neurologie, psihiatrie, neurochirurgie,,, 1978, 23, 1, P. 25 - 37.

٢٠ - Musick, Judith et al., Posthosthospital treatment for psychotic depressed mothers: and their young children, in: Family therapy and major psychopathology (M. R. Lansky ed.), New York, London, grune - stratton, 1981, P. 91 - 121.

٢١ - Pattisson, E. M., Social systems psychotherapy, in: The psychotherapy handbook (R. Herink, ed.) New York. American Library, 1980, P. 624 - 628.

٢٢ - Pattisson, E. M., Kaufman, E,. Family therapy in the treatment of alcoholism, in: Family grune - stratton, 1981, P. 203 - 230.

٢٣ - Satir, Virginia, Conjoint family therapy, Palo alto, California, science and behavior, books 1967.

Vaughn, C. E., Leff. J. P., The influence of family_ ٢٤
and social factors on the course of psychiatric illness:
A comparison of schizophrenic and depressed
neurotic patients, ,, Br. J. Psychiatry,, , 1976, 129, P.
125 - 137.

Congrès international de psychiatrie, sartorius, _ ٢٥
Mexico, 1971.

Le toxicoman et sa famille, ed universitaires Bruxells. _ ٢٦

Ackerman; Nathan W: Family diagnosis and_ ٢٧
therapy in current psychiatrie therapies, vol 3,
New York: Grune and stratton, 1963.

Ackerman, N. W: Psychotherapy and_ ٢٨
psychoanalysis ed. Family process, New York, Basic
books 1970.

Virginia Satir: Conjoint family therapy: A guide to_ ٢٩
theory and technique. Palo Alto, cal: Science and
behavior books, 1964.

Langsley, D. Gand Kaplan D. M: The treatment of_ ٣٠
family in grisis, New York: Grune and stratton,
1968.

Liberman R. P: Behavioral approaches to family_ ٣١
and couple therapy, in sager and Kaplan.

٣٢ ـ Allen F. H: Child psychotherapy, current psychiatric therapies vol II, New York, Grune and stratton, 1962.

٣٣ ـ Axline Virginia: Play therapy, Boston: Houghton Mifflin 1947.

٣٤ ـ Belmont H. S: Theoretical consideration in child psychotherapy: Basic books 1973.

٣٥ ـ Weinberger Gerald: Brief therapy with children and their parents, behavioral publications 1971.

٣٦ ـ Winnicott, D. W: A psychotherapentic consulation in child psychiatrie. The world biennial of psychiatry and psychotherapy, vol I, New York: Basic books: 1971.

٣٨ ـ Winnicott, D. W: De la pediatrie a la psychanalyse ed. Payot, Paris 1983.

٣٨ ـ Saada Denise: Initiation a la psychanalyse, ed Haloine, Paris, 1958.

٣٩ ـ معجم مصطلحات التحليل النفسي، ترجمة د. مصطفى حجازي، دار الطليعة.

٤٠ ـ الحلم والمرض النفسي والنفسدي، د. بيار مارتي، منشورات مركز الدراسات النفسية والنفسية ـ الجسدية. طرابلس. ١٩٨٧.

٤١ ـ الاتصال والإنباء، د. محمد نابلسي، مقرر الجامعة اللبنانية ـ كلية علم النفس الفرع الثالث.

٤٢ ـ L'etre amniotique, Olivier Marc, dans jour. de psy. no,, 38, 1986.

للمؤلف

١ ـ الأمراض النفسية وعلاجها، دراسة في مجتمع الحرب اللبنانية، منشورات مركز الدراسات النفسية والنفسية ـ الجسدية، الطبعة الثانية ١٩٨٧.

٢ ـ ذكاء الجنين، منشورات دار الجيل، الطبعة الأولى، ١٩٨٦.

٣ ـ الانهيار العصبي، أسبابه، مظاهره وعلاجه. منشورات الرسالة ـ الإيمان ١٩٨٦.

٤ ـ أمراض القلب النفسية، منشورات الرسالة ـ الإيمان، ١٩٨٦.

٥ ـ الحلم والمرض النفسي والنفسدي، مترجم، مركز الدراسات النفسية والنفسية الجسدية، الطبعة الأولى ١٩٨٧.

٦ ـ عيادة الاضطرابات الجنسية، منشورات المركز ـ دار الإنشاء مترجم لـ د. جاك واينبرغ. ١٩٨٧.

٧ ـ أصول ومبادىء الفحص النفسي، جروس برس ـ المركز، ١٩٨٨.

٨ ـ ذكاء الجنين، سلسلة علم نفس الطفل، منشورات دار النهضة العربية ١٩٨٨.

٩ ـ ذكاء الرضيع، سلسلة علم نفس الطفل، دار النهضة العربية ١٩٨٨.

١٠ ـ ذكاء الطفل قبل المدرسي، سلسلة علم نفس الطفل، دار النهضة العربية ١٩٨٨.

١١ ـ ذكاء الطفل المدرسي، سلسلة علم نفس الطفل، دار النهضة العربية ١٩٨٨.

١٢ ـ الطب النفسي ودوره في التربية، سلسلة علم نفس الطفل، دار النهضة العربية ١٩٨٨.

١٣ ـ العلاج النفسي العائلي، سلسلة علم نفس الطفل، دار النهضة العربية ١٩٨٨.

١٤ ـ الربو عند الأطفال، سلسلة علم نفس الطفل، دار النهضة العربية ١٩٨٨.

١٥ ـ فرويد والتحليل الذاتي، منشورات دار النهضة العربية ١٩٨٨.

١٦ ـ قراءة التخطيط الدماغي، منشورات دار النهضة العربية ١٩٨٨.

تحت الطبع:

١ ـ سلسلة الأمراض النفسية ـ الجسدية.

٢ ـ العقل والذاكرة.

٣ ـ العقاقير في العلاج النفسي.

٤ ـ عيادة الاضطرابات النفسية والعقلية.

الأبحاث الأجنبية :

1) Methodes non invasives pour le diagnostic de l'H. T. A., universite craiova 1983.
2) Stress et infarct myocardique. Sym. Craiova 1983.
3) Influence des Beta - bloquants sur l'H. T. A. universite Craiova 1983.
4) Rehabilitation psychique de malade de T. B. C. Symp. Craiova 1984.
5) Psychosomatique et sexologie, institut de sexologie Paris, 1987.
6) Les nevroses de la guerre.
7) Psychosomatique cardio - vasculaire.
8) Electrocardiogragie en Psychologie, ed. C.E.P.S.

فهرست

الفصل الثالث

التطبيقات الميادية للعلاج العائلي

الفصل الرابع

مدارس العلاج العائلي



هَذا الكِتاب

مع مطلع الستينات من هذا القرن ترسخ العلاج النفسي العائلي كاستراتيجية علاجية حديثة تهدف إلى مساعدة المريض النفسي عن طريق التوجه إلى عائلته وتحسين العلاقات داخلها . وذلك طبعا بالإضافة للعلاج النفسي و لدوائي للمريض ذاته .

وهدفنا من هذا الكتاب يتعدى مناقشة أحد المواضيع المهمة في التربية وعلم النفس إلى إقناع العائلات بضرورة تحمل مسؤولياتها أمام المريض وضرورة تجاوب الأهل مع العلاج العائلي بهدف تأمين الأجواء التي تناسب المريض وتخفف من حدة صراعاته . وقد عرضنا لهذا الموضوع من خلال الفصول التالية : ١ ـ الأنماط العائلية الخطرة، ٢ ـ مبادىء العلاج العائلي، ٣ ـ التطبيقات العيادية، ٤ ـ مدارس العلاج العائلي . وهذا الكتاب هو السادس في سلسلة تضم الكتب التالية :

١ ـ ذكاء الجنين .
٢ ـ ذكاء الرضيع .
٣ ـ ذكاء الطفل ما قبل المدرسي .
٤ ـ ذكاء الطفل المدرسي .
٥ ـ الطب النفسي ودوره في التربية .
٦ ـ العلاج النفسي ـ العائلي .
٧ ـ الربو عند الأطفال .